العلاج النفسى السلوكى المعرفى الحديث
أساليبه وميادين تطبيقه

الدكتور
عبد الستار إبراهيم



الهيئة المصرية العامة للكتاب
٢٠١١

وزارة الثقافة
الهيئة المصرية العامة للكتاب
رئيس مجلس الإدارة
د. أحمد مجاهد

اسم الكتاب : العلاج النفسى السلوكى المعرفى الحديث
أساليبه وميادين تطبيقه
تأليف : د. عبد الستار إبراهيم

الإخراج الفنى والغلاف : صبرى عبد الواحد

وزارة الثقافة
الهيئة المصرية العامة للكتاب
رئيس مجلس الإدارة
د. أحمد مجاهد

اسم الكتاب : العلاج النفسى السلوكى المعرفى الحديث
أساليبه وميادين تطبيقه
تأليف : د. عبد الستار إبراهيم

الإخراج الفنى والغلاف : صبرى عبد الواحد

مقدمة الطبعة الخامسة

كشفت الطبعات الأولى السابقة وحتى الرابعة من هذا الكتاب مدى ما يوليه المتخصصون فى العلاج السلوكى المعرفى والأكاديميون والطلاب والقراء من اهتمام ملحوظ بنمو الاتجاه المعرفى السلوكى فى العلاج النفسى و تعديل السلوك الإنسانى. ومن ثم أتت هذه الطبعة الخامسة من هذا الكتاب كى تسهم فى إبراز جوانب التقدم فى هذا الموضوع منذ أن صدرت الطبعات السابقة منه فى أواخر القرن الماضى حتى بدايات هذا القرن. وقد حاولت هذه المرة أن أضف كثيرًا من التنقيحات والتعديلات لتحديث هذه المحاولة بما يتناسب و جوانب التقدم المنهجى والعلمى دون المساس بوحدة هذا الكتاب. ويلاحظ القارئ أن التعديل فى هذه الطبعة انعكس فى ثلاثة جوانب رئيسية. لعل من أهمها تحديث مصادر هذا الموضوع بما فى ذلك أحدث المراجع و مصادر الإنترنت فضلا عن جوانب التقدم التقنى فى ممارسة العلاج السلوكى المعرفى فى مصر والوطن العربى و تعدد الحالات العلاجية التى أسهمت فى الكشف عن بعض جوانب القوة فى الاتجاه المعرفى السلوكى ومدى ملائمته للممارس العربى. وتعلقت بعض جوانب التطوير فى هذه الطبعة بإضافة معلومات معاصرة لم تشملها الطبعات السابقة بما فى ذلك بعض الشروح الإضافية والإطارات الشارحة والمعززة للكثير من مفاهيم العلاج السلوكى المعرفى التى تعرض لها هذا الكتاب بخاصة فى جوانب الممارسة فى ميدان الاضطرابات الفصامية وأساليب المنح الاقتصادى.

فضلا عن هذا فقد راعيت فى هذه الطبعة أن تعكس الكثير من التطورات المثيرة والمعاصرة فى حركة العلاج السلوكى والمعرفى. فتطلب التعديل الشامل الذى راعيناه فى إصدار هذا المجلد أن نمتد بإضافة فصل جديد تمامًا هو

الفصل ١٤ يسرب من خمسين صفحة جديدة خصصت لإبراز جوانب التطور فى أحد أهم جوانب التطور التصاقًا بحركة العلاج السلوكى المعرفى و أعنى حركة" العلاج النفسى الإيجابى." والعلاج النفسى الإيجابى فى صورته المعاصرة حركة واتجاهًا فى علم النفس الحديث لا تقتصر تطبيقاته على إثراء عمليات العلاج النفسى، بل تمتد لتشمل كل جوانب الحياة الاجتماعية والنفسية. وهو بهذا المعنى من أحد أحدث تيارات علم النفس المعاصر. عرف علم النفس الإيجابى انطلاقته فى أواخر القرن الماضى، ولكنه ما زال ينمو و يتطور يومًا بعد يوم على مستوى الدراسات والأبحاث ومجالات التطبيق والعلاج النفسى.

وعلى غير الاتجاهات التقليدية فى كل مدارس العلاج النفسى فى علم النفس والطب النفسى تتمثل الغاية الرئيسية لعلم النفس الإيجابى فى التركيز على جوانب القوة والفضائل والجوانب الإيجابية فى الشخصية بهدف فهمها وقياسها، و تطويرها، وصولا إلى نوعية من الحياة تتسم بالفاعلية و الصحة والجودة و السعادة والرضا. والعلاج النفسى الإيجابى بهذا المعنى تطور كرد فعل رافض لهيمنة علم النفس المرضى على كل أشكال العلاج النفسى فى الطب النفسى بما فيها العلاج المعرفى. ومن المعروف أن علم النفس المرضى يجعل غايته الأساسية وهدفه الأسمى: "الخلو من المرض"، والتركيز على فهم الأمراض وعلاجها وفقًا للمفاهيم الطبية و ما تقدمه من تفسيرات وفنيات علاجية فى فهم الأمراض نفسية كانت أو عضوية.

وانطلاقًا من التوجهات الطبية المرضية تبلورت حركة العلاج النفسى الإيجابى حيث يتبلور من خلالها دور المعالج النفسى الإيجابى فى التركيز على ما هو إيجابى وصحى فى الحياة الاجتماعية والشخصية أكثر من التركيز على ما هو سلبى أو مرضى. وقد ركز الفصل الرابع عشر ـ بشكل خاص ـ على وصف وبلورة أبعاد حركة علم النفس الإيجابى تشخيصًا وعلاجًا بهدف تخليص العلاج النفسى المعرفى من التركيز الشديد على الجوانب السلبية المرضية للخبرة الإنسانية و تطبيقاتها فى العلاج النفسى.

وأخيرًا تجدر الإشارة إلى أن هذا الكتاب فى طبعته الجديدة لا يعنى بأى حال من الأحوال أنه عمل منفرد لى، إنه خلاصة متأنية ومتكاملة للكثير من الآراء

المنهجية والنظريات والملاحظات العلاجية من قبل كتاب وباحثين ومعالجين فطاحل شرقًا وغربًا التقيت ببعضهم وقرأت لهم وتابعت نموهم وأفكارهم. ومن ثم جاء هذا العمل بفضل ما اكتسبت منهم و من مرضاى وطلابى وأصدقائى من نور وتوجيه فإليهم جميعًا و إلى كل من أسهم فى تشكيل رؤياى فى الماضى أوالآن أعيد لهم بهذا الكتاب فى طبعته الخامسة بعض ما أمدونى به من عطاء وفضل.

أ. د. عبدالستار إبراهيم

قرية الياسمين جرينلاند - مدينة اكتوبر - مصر

مايو ٢٠١١

مقدمة الطبعة الثالثة والرابعة

هذه هى الطبعة الثالثة من كتاب العلاج السلوكى المعرفى.. أقدمها للمتخصصين والطلاب والقراء الذين أبدوا اهتمامًا ملحوظًا بنمو الاتجاه المعرفى السلوكى منذ قدمته للمكتبة العربية.. لأول مرة فى السبعينيات.

حاولت إضافة بعض التنقيحات كى تناسب جوانب التقدم فى هذا الموضوع ولكن دون المساس بوحدة الكتاب وبنائه المنهجى.

المؤلف

مقدمة الطبعة الأولى

أتيح لكاتب هذه السطور خلال زيارة وإقامة فى الولايات المتحدة الأمريكية امتدت لأكثر من ٣٠ عامًا بدأت بزيارة علمية لجامعة ميتشيجان للاطلاع على جوانب التقدم فى دراسة الاضطرابات النفسية والعقلية، وفنون التطور فى علاجها أو تعديلها. وأتيح لمؤلف هذا الكتاب أن يلاحظ عن كثب ما يجرى فى العيادات النفسية الجامعية والمؤسسات العلاجية الخاصة والعامة. وقد ارتبطت ملاحظاتى تلك - لحسن الحظ - بالتدريب المنظم على ممارسة العلاج النفسى والمساهمة فى عدد لا بأس به من الندوات والمؤتمرات العلاجية المختلفة. ونعترف بأن ذلك غيَّر كثيرًا من مفاهيمنا عن تعديل السلوك البشرى واضطراباته، وزاد من إدراكنا لدور العلم والمعرفة التجريبية فى إخضاع موضوع كان ولا يزال موطنًا للخرافة والجهل والتدجيل.

وإذ كان الكاتب يلاحظ التغير الحديث، والتطور فى تصوراته عن عملية العلاج النفسى خلال تلك الأعوام الأربعة، كانت تطغى على ذهنه فى كثير من الأحيان رغبة قوية فى مشاركة القارئ العربى بعض الخبرات والاطلاعات المنظمة فى هذا الميدان. ولم تكن تلك الرغبة صادرة عن هذا فحسب، بل كان هناك أيضًا إحساس قوى بالمسئولية الاجتماعية تجاه أبناء الوطن العربى، سواء أكانوا من المتخصصين الذين يرغبون بقوة فى العثور على نظرية علمية متماسكة ترشد خطاهم فى التعامل مع ما يثيره السلوك البشرى من مشكلات ملحة، أم كانوا من المواطنين العاديين الذين تتملكهم بين الحين والآخر ضروب وألوان من التعاسة والشقاء النفسى.. ولكنهم يخطئون الطريق لأساليب ومناهج فعالة

تساعدهم على مواجهة تحديات المرض النفسى لديهم ولدى من حولهم، وتكفيهم شر أفكار أسطورية عقيمة.

والحق أن حس المسئولية الاجتماعية قد ازداد أكثر فأكثر عندما أتيح للكاتب العودة إلى أرض الوطن العربى من جديد للتدريس والإشراف على التدريب الإكلينيكى لطلاب وطالبات - علم النفس بجامعة الكويت. وعلى الرغم مما لاحظه من حماس شديد للتفكير العلمى.. وقوة فى بعض الأقلام التى تحاول أن تدعو فى شجاعة أدبية واضحة إلى مزيد من التفكير العلمى والعقلانية فى تناولنا لما تطرحه علينا الحياة بجوانبها المختلفة من تحديات ومشكلات، فلم يستطع هذا الحماس فيما يبدو أن يقضى على كثير من الأفكار الدارجة حول كثير من القضايا الاجتماعية والمشكلات، ناهيك عن المرض النفسى والعلاج. إذ لم تزل نظرة كثير من المواطنين تعشش فيها كثير من الخرافات القديمة والمزاعم الخاطئة فى تفسير المرض النفسى وعلاجه. وحتى بين كثير من المختصين ـ ناهيك عن العامة ـ لا تزال نظرتهم للعلاج النفسى أشبه ـ فى أحسن الأحوال ـ بما كان سائدًا تاريخ العلاج النفسى منذ ٢٥ أو ٢٠ سنة أو يزيد.

ويقينى أن كثيرًا من هؤلاء لا يزالون يتصورون وفى أحسن الأحوال بأن العلاج النفسى تابع لمستقبل التطور فى الطب، والعقاقير، وجوانب العلاج البيولوچى كجلسات الكهرباء وعمليات المخ الجراحية. وإذا كان هناك اعتراف بدور العلاج النفسى على الإطلاق فإذًا هو التحليل النفسى - كما بلوره «فرويد» بشكله القديم القائم على التداعى الحر وتحليل العمليات اللاشعورية، وطفولة الإنسان المبكرة وعقده وغرائزه.

ولا أزعم - بالطبع - أنه لا يوجد من المتخصصين وأصحاب الثقافة الجادة ممن لا يعرفون مثلاً بأن هناك تطورات فى العلاج النفسى ومن لا يعرفون بأن هذه التطورات تأخذ سبيلاً مختلفًا تمامًا عن الطب وعن التحليل النفسى الفرويدى. كل ما أزعمه أن هذه المعرفة لم تتحول بعد إلى نظرة علمية متماسكة تستطيع أن تواجه كثيرًا من المزاعم الخاطئة فى حركة العلاج النفسى وتعديل

السلوك البشرى. وهو أمر - بالطبع - يرجع فى كثير من أجزائه لانعدام الكتابات العلمية فى هذه الموضوعات تقريبًا، كما يرجع ـ جزئيًا ـ إلى أن الإلمام بالأساليب الحديثة فى العلاج والتدريب عليها يُعتبر شبه منعدم فى مؤسسات الصحة العقلية والجامعات العربية.

هذا الكتاب ـ إذًا ـ كتاب للمتخصص وغير ـ المتخصص. للمتخصص من حيث إننى حاولت أن أعرض فيه بعض جوانب التقدم فى النظريات السيكولوچية الحديثة (نظرية التعلم بشكل خاص) فى ميدان علاج اضطرابات السلوك البشرى. ولهذا فقد حاولنا عند التعرض لأى منهج من العلاج أن نبين، **أولاً**: أساسه العلمى وما وراءه من بحوث وتجارب، وأن نصف، **ثانياً**: وبتفصيل نسبى ـ طريقة تطبيق هذا المنهج، وأن نوضح **ثالثاً**: أهم الدراسات والتجارب التى تثبت فاعلية هذا المنهج أو ذاك. وهى جوانب أعتقد أن من الضرورى الإلمام بها لمن يفكر فى اتخاذ العلاج النفسى مهنة، أو لمن يمارسه من الأطباء والمتخصصين فى علم النفس والخدمة الاجتماعية. وكتبته أيضًا بطريقة آمل فى أن لا تكون عسيرة على غير المتخصصين حتى تتحقق الفائدة المزدوجة. فحاولت ـ بقدر الإمكان ـ الابتعاد عن المصطلحات الفنية وعن أساليب البحث، والتجارب والإحصاءات إلا ما كان ضروريًا منها ـ وفى أضيق الحدود ـ مع استخدام كثير من الأمثلة والحالات الشارحة.

الطبعة الأولى من هذا الكتاب نشرت من قبل فى سلسلة عالم المعرفة تحت عنوان: «العلاج النفسى الحديث: قوة للإنسان». وفى خلال هذه الأعوام التى مرت منذ صدور الطبعة الأولى شهد مسرح العلاج السلوكى المعرفى تطورات هائلة.. وأثبتت حركة العلاج السلوكى أنها ـ بالفعل ـ ثورة فى ميدان علاج اضطرابات السلوك الإنسانى ومشكلاته...

صحيح أن الخطوط العريضة لهذه الحركة والمسميات النظرية لها والأهداف النهائية للعلاج النفسى احتفظت بطابعها العام.. إلا أنها استطاعت أن تغزو كثيرًا من الميادين.. وتخضع كثيرًا من المشكلات للضبط والتعديل.. وقد صاحب ذلك تطور فى اتساع أساليبها الفنية.. وفى مستوى التطبيقات.

ومن ثَم بدأت أعيد التفكير فى طباعة هذا الكتاب مستفيدًا بهذه التطورات، فأجريت عليه كثيرًا من التنقيح والتعديل لتتلاءم مادته مع الصورة التى وصل إليها التطور فى حركة العلاج السلوكى. وعدلت العنوان قليلاً فأضفت كلمة العلاج النفسى السلوكى؛ إذ أصبح هذا المفهوم ـ الآن ـ شائعًا فى الوطن العربى. ومن ثَم فإن القارئ أكثر قابلية له مما كان الحال عليه عند صدور كتابى السابق: «العلاج النفسى الحديث: قوة للإنسان».

وقد جاءت فصول الكتاب معبرة عن هذا الغرض، فخصصنا الفصل الأول لعرض بعض المفاهيم الرئيسية المتعلقة بأنواع الاضطرابات النفسية والعقلية التى سيصادفها القارئ كلما تقدم فى قراءة الكتاب. أما الفصل الثانى فقد حاولنا أن نقوم فيه بسياحة بسيطة فى تاريخ العلاج النفسى عبر العصور إيمانًا منا بأن تاريخ المعرفة يمنحنا بصيرة ـ بما نحن عليه الآن: وبما يجب أن تتجه إليه خطواتنا فى المستقبل. ويقدم الفصل الثالث شرحًا للخصائص الرئيسية التى تميز الأشكال الحديثة من العلاج السلوكى. أما الفصول التالية لذلك فهى تعطى نماذج شارحة من أساليب العلاج النفسى ـ السلوكى الحديث. ومن أمثلتها: العلاج بطريقة متدرجة (الفصل الرابع)،وأسلوب الاسترخاء (الفصل الخامس)، وأسلوب تأكيد الذات وتدريب المهارات الاجتماعية (الفصل السادس)، وأسلوب التدعيم (الفصل السابع)، وأساليب التفكير العقلانية وتعديل أخطاء التفكير اللاعقلانى (الفصل الثامن)، فضلاً عن فصل خصصناه لاستخدام أساليب الضبط الذاتى (الفصل التاسع). وأضفنا إلى هذه الطبعة المجددة الباب الثالث الذى يتكون من أربعة فصول تسهم ـ فيما بينها ـ فى الكشف عن دور العلاج السلوكى فى معالجة مشكلات محددة، كالقلق والعصاب (الفصل الحادى عشر)، واضطرابات الطفولة (الفصل العاشر) وعلاج اضطرابات السلوك الذهانى والفصامى (الفصل الثانى عشر). ويسلط الفصل (الثالث عشر) مزيدًا من الضوء على علاج الاضطرابات العقلية، بالتركيز على دور الاقتصاد الرمزى والعلاج الأسرى.

وقمت - أيضا - ببعض التنقيح والتعديل على الفصول الأصلية؛ مما أدى إلى وضع الفصل الثانى: شيء عن العلاج النفسى عبر العصور منفصلاً عن المقدمة. كذلك بعض التعديلات والإضافات على فصل تأكيد الذات، وبالمثل أضفت أسلوبًا آخر للاسترخاء يهدف إلى تحقيق الاسترخاء العميق (الفصل الخامس). وأضفت للفصل الثامن عن العقلانية وتعديل أخطاء التفكير منهجًا علاجيًا آخر واستمارة للمساعدة على تشخيص الأخطاء الفكرية وتعديلها بحيث يستفيد بها المعالجون فى علاجهم لمرضاهم، أو المرضى إذا ما حاولوا أن يتجهوا إلى العلاج والتعديل السلوكى ـ الذاتى.

عبد الستار إبراهيم

الباب الأول
نظرة عامة فى الاضطرابات النفسية وعلاجها

الفصل الأول: نحن والاضطرابات النفسية والعقلية
الفصل الثانى: شىء عن العلاج النفسى عبر العصور
الفصل الثالث: لمحة على الأساليب الحديثة.. من العلاج النفسى

الفصل الأول

نحن والاضطرابات النفسية والعقلية

هذا الكتاب ـ فيما أوضحنا ـ يهدف إلى إعطاء وجهة نظر علمية متماسكة عن عدد من الأساليب الحديثة فى العلاج النفسى، فموضوعه - أساسًا - هو السلوك الإنسانى الشاذ أو المضطرب. ومن المفيد ـ لهذا السبب ـ أن نتفق على فهم جوانب معينة فى هذا الموضوع. فما السلوك الشاذ، أو المضطرب؟ وكيف يتحول الناس إلى مضطربين عقليًا؟ وما العوامل النفسية المتدخلة فى ذلك؟ وهل تزداد النسبة المئوية لحالات الاضطراب العقلى والنفسى؟ وكيف يمكن العلاج؟

هناك فى الحقيقة خلاف كبير حول طبيعة السلوك الشاذ. يعترف واحد من أئمة علم النفس الحديث،بأن البدء فى تعريف السلوك الشاذ ربما يكون بداية خاطئة «فالعلم لا ينجح دائمًا فى إعطاء تعريفات معقولة عن الظواهر الطبيعية حتى يصل إلى درجة معقولة من الفهم المتقدم لأسبابها. فالأسهل هو أن نصف وأن نتعرف على فيل - مثلاً - من أن نعرِّفه»(*) ولهذا فما سنقدمه هنا يعتبر وصفًا للسلوك الشاذ. وليس تعريفًا بالمعنى الدقيق.

هناك مدخلان أو طريقان يمكن من خلالهما التعرف على الأشياء بشكل عام: **الطريق الأول** هو الذى يصف الأشياء من خلال أضدادها.. فنحن نَعْرِف الأبيض لأنه غير الأسود(١٢). ونصف الرجل بأنه ليس طفلاً أو امرأة.. وبهذا المعنى يكون السلوك الشاذ.. *ما هو ليس بسليم* أو بسوى.. ونحتاج هنا أيضًا لأن نتفق على أوصاف محددة لما نعتبره سليمًا أو صحيحًا فى الحياة.

(*) الأرقام بين الأقواس تشير إلى أرقام المراجع فى نهاية الكتاب.

أما **الطريق الآخر** فهو تعريف الأشياء *بالنظر إليها من الداخل*.. من خلال وصف متعلقاتها الأساسية فنحن لا نكتفى بأن نصف الرجل بأنه ليس طفلاً (كما فى المدخل الأول)، بل علينا أن نصف ما يتعلق بسلوك الرجل من نضوج انفعالى وقدرة على استخدام اللغة، والاستقلال والقدرة على الضبط الحركى والمشى.. إلى غير ذلك. وفى هذه الحالة يجب التعرف على السلوك الشاذ من خلال وصف أنواع معينة من السلوك «تكون غالبية الناس مستعدة للموافقة على أنها سلوك مضطرب أو شاذ». والآن إلى مزيد من التفصيل عن كل طريقة من طرق التعرف على الاضطراب النفسى.

ونعتبر البدء بوصف *السلوك السليم* أو العادى مدخلاً طيبًا لفهم السلوك الشاذ.. وعلى الرغم من صعوبته، فما من مفهوم يُحيِّر علماء النفس العلاجى فى تعريفه كمثل مفهوم السواء. ربما لأن كثيرًا من علماء هذا الفرع يتعاملون ـ أساسًا ـ مع اضطرابات ومشكلات. لهذا فهم يعتقدون بأن من واجبهم أولاً تقديم إجابة شافية ـ وبالتالى ـ علاجًا للمشكلات الرئيسية والاضطرابات التى تواجه مرضاهم. والناس لا يذهبون إلى المعالجين النفسيين لأنهم أسوياء أو عاديون.. بل لأنهم يحتاجون ـ أساسًا ـ لخدمة الخبير النفسى وإرشاداته فى مشكلات كالقلق، والأرق، والعجز عن الفاعلية الاجتماعية، والشقاء.. وغيرها. ومع ذلك فبدون وجود تصور للسلوك الناجح أو السوى أو الصحى قد لا ينجح المعالج أن يهدى من يستشيرونه للطريق الصواب.. فما السلوك العادى أو السليم؟ ليس ثمة اتفاق فى الحقيقة بين الدارسين والمعالجين المختلفين حول قائمة الصفات التى تستتبعها عملية الصحة النفسية، ولكننا يمكن مع ذلك أن نستخلص عددًا من الأوصاف لا يثور حولها جدل كثير فى أن من يتصف بها يعتبر - على الأقل - على قدر لا بأس به من الصحة النفسية والنضوج:

فثمة أربع فئات من السلوك تظهر لدى الأشخاص بعد نجاحهم فى العلاج النفسى كما يمكن أن نلاحظها لدى من نطلق عليهم أسوياء، أو متكاملين، أو غير ذلك من ألفاظ الصحة النفسية، ومن ثَم تُعتبر هذه الفئات مدخلاً طيبًا لمعرفة السلوك السوى أو السليم:

١ - **فهناك النضوج، والمهارة فى تكوين شخصية ـ اجتماعية فعالة**، والدخول فى علاقات اجتماعية دافئة وإيجابية على أن تكون مقبولة من الشخص نفسه وغير مرفوضة أو مستهجنة من الآخرين.

٢ - **وهناك التوافق للعمل والمهنة**، أو بتعبير آخر الفاعلية فى أداء الدور، أو الأدوار الاجتماعية المنوطة بالشخص، مع البحث النشط عن دور أو أدوار ذات معنى فى الحياة، إذا ما ظهر ـ لأى سبب من الأسباب ـ أن المهنة التى يقوم بها الشخص لا تقدم له الإشباع الذى يسعى إليه.

٣ - وهناك **التوافق مع الذات**، وما يتبع ذلك من قدرة أو قدرات على تعلم خبرات جديدة، والاستبصار بالذات بما فيها من ضعف وقوة، وبقدرة على تحقيق النفس والأهداف، وتوظيف الإمكانات الفردية لتحقيق الإشباع المعنوى، والجسمى، والجنسى، وما يرتبط بذلك من نمو فى القدرات الابتكارية، واتخاذ القرارات، وضبط الانفعالات السلبية الهدامة كالقلق، والعدوان والاكتئاب والمخاوف التى لا معنى لها.

٤ - وهناك أخيرًا **قدرة الشخص على أن يتبنى لنفسه فلسفة عامة فى الحياة تسمح له بأن يتصرف بكفاءة ونجاح** يتناسبان مع إمكاناته، وأن يوظف تفكيره لتحقيق التوافق بجوانبه الثلاثة السابقة: الاجتماعية، والسلوكية، والنفسية... وعندما نقول فلسفة عامة لا نعنى ـ بالطبع ـ بأن الشخص السوى يجب أن يكون كابن سينا أو الرازى، أو «كبرتراند راسل» أو «سارتر»، وإنما بأن تكون للفرد مجموعة من التصورات والقيم والاتجاهات، والمعتقدات الشخصية التى تساعد على حب الحياة، والناس، والذات، وتحقيق السعادة، والحياة الاجتماعية الفعالة.

ولسنا نقصد من وضع هذه الصفات أن نستعرض قائمة مفصلة لما نعتبره سلوكًا ناضجًا أو سليمًا. ونحن لا نذهب إلى أن هذه الصفات تمثل كل ما يعتبر سليمًا، وإنما ركزنا على أهمها، وعلى العناصر البارزة فى السلوك السوى كما قد يتفق عليها المعالجون النفسيون بمدارسهم المختلفة. ونحن نؤمن عن يقين بأن أى معالج نفسى مهما اختلفت النظرية التى يتبناها سيجد فى هذه القائمة صفة أو أكثر يطمح أن يراها تتطور فى مريضه، ويعتبرها مقياسًا لنجاحه فى العلاج.

إلى هنا ولم نتعرض لهذه الحالات التى نعطيها بلا تردد صفة الشذوذ، أو المرض. لكن ربما كان من أهم ما يمنحنا إياه هذا العرض السابق.. هو أن يوضح لنا بصورة غير مباشرة، ما نعنيه بالسلوك الشاذ أو المريض.

فالعجز عن التوافق فى أى جانب من الجوانب الأربعة التى ذكرناها قد يعتبر علامة على الشذوذ والمرض. والواقع أن كلمة شذوذ ككلمة سواء من حيث إنها مفهوم، أو كلمة، مجازية نطلقها على بعض التصرفات، والأفعال التى تصدر عن الشخص فى مواقف متعددة. والمطلع على مراجع الطب النفسى وعلم النفس المرضى المتعددة.. كلها، لا يجد تعريفًا لأمراض شاذة.. إنما يجد قائمة طويلة تتضمن أسماء أو مفاهيم لاضطرابات نفسية كالفصام.. والقلق، والاكتئاب، لكل منها أعراض محددة تختلف عن مجموعة الأعراض والتصرفات التى تظهر عند الشخص الذى ينتمى إلى فئة أو أخرى.. وهكذا فمجموعة الاضطرابات والتصرفات التى تشير إلى الخلل فى تحقيق التوافق الاجتماعى والاندماج فى أفعال اجتماعية غير مناسبة، ومرفوضة يسهل وصف صاحبها بالجنوح والسيكوباتية أكثر من وصفه بالاكتئاب أو السلبية.. إلخ.

بعبارة أخرى، فإنك لن تجد فى كتب العلم ما يريح بالك، إن كنت تتصور أن المرض النفسى ـ على غرار المرض الجسمى ـ يرتبط بنوعية شاذة فى تركيب وظائف العقل أو الأعصاب. فلقد توقف رجال العلم اليوم عن هذا.. كما توقفوا منذ فترة غير قصيرة عن تصور السلوك الغريب (سواء سلوك عباقرة أو مجانين) بأنه مدفوع بقوة شيطانية، أو أرواح غريبة تحكم الجسم على نحو ما، وتحرك الإنسان فلا يملك لها ردًا.

وربما تسهم كلمة مرض نفسى فى بعض الأحيان فى إثارة غموض لا يقل عن الغموض الذى تركته لنا التفسيرات الشيطانية القديمة للأمراض النفسية.. فكما أن تلك التفسيرات القديمة نقلت لنا بأن السلوك الشاذ عمل من أعمال الشيطان، ولم تمنحنا بذلك أية معرفة ذات قيمة فيما يتعلق بفهم هذا السلوك أو ضبطه أو علاجه، كذلك تثير كلمة المرض النفسى التى تُستخدم بكثرة تلك الأيام. «فالمعنى التقليدى لكلمة المرض هو أنه حالة تتملك شخصًا فتحوله إلى شخص

مختلف جذريًا عن حالته السوية. فهو قد يعانى من الملاريا، أو من الحمى أو الجلطة.. إلخ. ونجد فى كل حالة انفصالاً بين السوى والمريض. والأكثر من ذلك هناك سبب معين لكل مرض، كأن نصاب بجرثومة أو تلحق بنا أضرار مادية أو جسمانية ما»(١٧). ولا شىء من هذا يصح مع الاضطربات النفسية. والأحرى أن نصور الشخص المضطرب بأنه لا يختلف فى طبيعته عن الشخص العادى.. فليس هناك فرق بين المضطربين والأسوياء إلا فى مقدار ظهور السلوك الذى نعتبره شاذًا. والفصامى.. والعصابى والجانح ـ بهذا المعنى ـ ليسوا من طبيعة بشرية مختلفة.. ولكنهم بشر يختلفون فى بعض أوجه السلوك فقط: وفى أن التصرفات التى لا تحقق لهم ولا لمن حولهم السعادة والرضاء أكثر بكثير مما هى عليه بين من نطلق عليهم أصحاء. وينقلنا هذا إلى الحديث عما نسميه بالتصرفات أو السلوك الشاذ، وهو الجانب الثانى من تعريف السلوك الشاذ.

السلوك الشاذ أو السلوك المضطرب

الحقيقة أن جوانب السلوك الشاذ، أو المضطرب متسعة فى غاية الاتساع، وتشمل طائفة كبيرة من الاضطرابات النفسية والعقلية. على أن بعض هذه الاضطرابات نادر (كحالات المرض العقلى أو الجنون)، على حين أن بعضها يشيع شيوعًا كبيرًا فى المجتمع مما يجعلها موضوعًا جديرًا بالاهتمام كالقلق والكآبة والجريمة.

ونحن فى مجال الممارسة العملية نجد أن الاضطرابات النفسية تتفاوت فتشمل تلك الحالات التى تتراوح من مشاعر الكدر والضيق، والتعاسة، والملل، وتمتد لتشمل الحالات العقلية الخطرة التى تتطلب عادة اللجوء إلى الطبيب النفسى أو إلى المصحات للعلاج النفسى والعقلى.

والشخص المضطرب نفسيًا بشكل عام ضعيف الفاعلية فى عمله، وفى علاقاته الاجتماعية، ولو أن هذا لا يمنعه فى كثير من الأحيان من ابتكار كثير من الأفكار الجديدة المهمة، ومن أن يكشف عن بعض الجوانب من التصرفات لا تختلف عن العاديين.

وهناك طريق تقليدى يتبناه طائفة من الأطباء النفسيين فى تقسيم الاضطرابات النفسية.. فينظرون إليها على أنها تنقسم إلى مرض نفسى ـ انفعالى (عصاب) أو عقلى (ذهان). والعصابيون أشخاص يتميزون بسهولة الانفعال، وتعساء، تسيطر عليهم بعض الأعراض المحددة، كالخوف من بعض الموضوعات، أو الخوف الشديد من المرض الجسمى، مما يصبغ حياتهم دائمًا بعدم الاستقرار والتهديد، وتوقع الشر عندما لا يكون هناك شر. لكنهم - فى العادة - قادرون على مواصلة النشاط على الرغم من القيود الداخلية التى يفرضونها على أنفسهم. ويقال إننا جميعًا نتعرض لبعض اللحظات العصابية فى حياتنا إثر أزمة أو خبرة من الخبرات المؤلمة فى الحياة.

أما **الذهانيون** فهم من طائفة أخرى غير العصابيين. نطلق عليهم أحيانًا اسم المرضى العقليين أو (المجانين) وهم ـ باختصار ـ طائفة من الناس التعساء، ولكنهم خطرون، وعديمو الفاعلية. وعادة ما يعجزون عن العمل والتكيف للحياة دون عون من الآخرين. اضطراباتهم حاسمة، وخطرة وتمس التفكير، أو السلوك الاجتماعى، أو المزاج، أو هذه الأشياء كلها مجتمعة.

والعصاب والذهان شيئان مختلفان**، نوعان منفصلان من الاضطرابات. فالاضطرابات الانفعالية التى تصيب المريض النفسى (العصابى) لا يُفترض فيها بالضرورة أن تحرم المريض من الاستبصار بحالته، فهو يعرف أنه «غير سعيد» وأن «حساسيته مبالغ فيها»، وأن «مخاوفه من الناس والأشياء لا مبرر لها».. إلخ، ولكنه لا يستطيع أن يحمى نفسه من هذا. أما المريض العقلى (الذهانى) فقضيته مختلفة، فالاضطراب يصيب حياته الانفعالية والعاطفية والعقلية، ويصل هذا الاضطراب إلى درجة كبيرة من الاختلال فى بعض الحالات مما يجعله غير مسئول من الناحية القانونية، عما يصدر منه من أفعال خطرة بالذات أو بالآخرين. إن الذهانيين بشر فقدوا صلتهم بالواقع وتحولوا إلى مجانين بالمعنى القانونى. ويُفترض - بالطبع - أن الاختلال الذى يصيب الذهانى يحرمه من الاستبصار بحالته(١٤).

ويُعد الفصام أو **الشيزوفرينيا** من أهم الفئات التى تنتمى إلى هذا النوع من الاضطراب العقلى. ويكوِّن الفصاميون ٨٠٪ تقريبًا من الذهان. والفصامى ـ كأى مضطرب ذهانى آخر ـ يفقد صلته المعقولة بالواقع، وكثيرًا ما يعرف عن الاتصالات الاجتماعية، ويستخدم أساليب شاذة فى تواصله الفكرى مع الآخرين.. فكلماته غير مترابطة، ومبهمة وغامضة. ويبدو من الناحية الوجدانية وكأنه عاجز عن اختبار أى من الانفعالات الوجدانية، بسبب ما يتملكه من تبلد وجدانى ومعتقداته الزائفة (هواجس) كثيرة وقوية، وتتخذ عدة صور كالشك والغَيْرة، والتوجس، وفى الحالات الشديدة تتملكه هواجس قوية من العظمة أو الاضطهاد.

وفى بعض حالات الفصام تكون المعتقدات الزائفة سواء بالعظمة أو الاضطهاد هى الغالبة، وفى هذه الحالة يُسمى هذا النوع من الفصام بالبارانويا. وعلى الرغم من التناقض بين العظمة والاضطهاد فغالبًا ما يتلازمان لدى الفصاميين.. مما يحير الطبيب النفسى فى فهم السلوك الفصامى مثل ما تحيره غرائب أخرى فى سلوك الفصاميين.

وتتملك بعض الفصاميين إدراكات حسية زائفة يطلق عليها الأطباء العقليون هلاوس ذهانية. وأكثر أنواع تلك الهلاوس شيوعًا الهلاوس السمعية التى يصر من خلالها الشخص على أنه يسمع أصواتًا حقيقية (لا يسمعها من حوله)، قد تكون واضحة أو مبهمة، وقد تكون لأناس ميتين أو أحياء.. أو مشاهير.. إلخ. وهناك الهلاوس البصرية، التى تختلف عن الخداعات البصرية التى نتعرض لها، فى أنها تأخذ شكل يقين لدى الشخص بأنه يرى أخيلة أمامه يتحدث معها بصوت مسموع دون أن يراها من يحيطون به من الآخرين.

ومن أنواع السلوك المرتبطة بالذهان ما يُسمى **بالهوس**، والشخص المهووس تجده فى حالة استثارة تامة.. لا يكف عن الكلام، والانتقال من موضوع إلى موضوع آخر.. وهو يشابه الفصامى فى أن سلوكه مضطرب وتفكيره تسيطر عليه الهواجس، إلا أن هواجسه تتركز حول القوة والعظمة، مما تجعله يعتقد بأنه قادر على كل شىء بدءًا من النزوات الجنسية إلى الانقلابات السياسية(١٧).

وقد يضفى البعض صورة وردية على المرض العقلى والجنون بأن يتصورهما مهربًا من وقائع الحياة الصارمة ومنغصاتها، وتشجع على ذلك بعض التصورات التى يحيكها الخيال الشعبى عن سعادة المجانين وهنائهم. لكن الحقيقة أن المريض العقلى أبعد ما يكون عن السعادة والنعيم. لقد أتاحت لنا الخبرة أن نعرف منهم المئات. منهم من كان يأخذ المظهر السعيد المنشرح يطلق النكات هنا وهناك (كما فى حالات الهوس)، ومنهم من كان يجلس وحيدًا ويبدو راضيًا (كالاكتئاب)... ولكن ما إن يبدأ الحديث معهم حتى كان يتكشف بأن هذا الغطاء يخفى من التوتر والشقاء الكثير. يقول واحد من المشتغلين بالدراسات الاجتماعية من المهتمين بدراسة الفصام: «إن الذهان أبعد ما يمكن عن أن يكون حالة من النعيم والسعادة كما يصوره البعض، بل قد يكون ـ فى بعض الأحيان ـ وسيلة وأسلوبًا من أساليب التعامل مع الحياة، وأن الذهانيين لديهم أسباب وجيهة تحملهم على الهرب من مصاحبة البشر، لكنهم يتوقون فى الوقت نفسه إلى ذلك أشد التوق» (المرجع ١٧).

أما أنواع **العصاب** فهى تتضمن: **القلق، والمخاوف المرضية، والهستيريا، والاكتئاب**. وهناك أيضًا **الوساوس الفكرية، والأفعال القهرية** (القهار).. وهى عبارة عن أفعال أو طقوس لا يملك الشخص إلا أن يفعلها. منها غسل اليد مئات المرات، وعد الأشياء التافهة كمصابيح الإضاءة، والسيارات. ورغم أن بعض الوساوس فى صورها الحقيقية أحداث عادية قد تكون مفيدة (كالتأكد ـ مثلاً ـ من غلق صنبور المياه).. إلا أنها فى الحالات الشديدة غالبًا ما قد تشل المريض عن القيام بوظائفه اليومية بنجاح (المرجع ١٧، ٢٤).

أما **القلق** فيعتبر من الأمراض العصابية الشائعة، إلا أنه يعتبر سمة رئيسية فى معظم الاضطرابات، نجده بين الأسوياء فى مواقف الأزمات، كما نجده مصاحبًا لكل الأعراض العصابية والذهانية على السواء. ويرى كثير من المفكرين أن القلق هو سمة العصر الحديث بأزماته وطموحاته ومنافساته الحادة.. وقد يكون هذا صحيحًا. لكن مع هذا نجد أن الحالات الشديدة من القلق توجد فى كافة المجتمعات.. ولم يخل منها عصر من العصور.

والقلق هو انفعال شديد بمواقف أو أشياء، أو أشخاص لا تستدعى بالضرورة هذا الانفعال. وهو يبعث فى الحالات الشديدة على التمزق والخوف، ويحول حياة صاحبه إلى حياة عاجزة، ويشل قدرته على التفاعل الاجتماعى والتكيف البنَّاء. وتشمل الاضطرابات فى حالات القلق ـ مثله فى ذلك مثل أى اضطراب انفعالى آخر ـ الكائن بجوانبه: **الوجدانية والسلوكية، والتفكير** فضلاً عن **تفاعلاته الاجتماعية**. فمن حيث النواحى الشعورية (أو الوجدانية) تسيطر على الشخص فى حالات القلق مشاعر بالخوف، والاكتئاب، والشعور بالعجز عن اتخاذ قرارات حاسمة، أو سرعة اتخاذ قرارات لا تنفذ. والشخص فى حالات القلق غالبًا ما تظهر اضطراباته **الفكرية** فى شكل تبنى اتجاهات وأفكارًا لا منطقية. وقد تبين أن القَلْقَى والعصابيين غالبًا ما يتبنون أفكارًا مطلقة، متطرفة وغير واقعية ويميلون إلى نقد الذات الشديد، ويضعون متطلبات صارمة على ما يجب أن يفعلوه وما لا يفعلوه. أما الجانب **السلوكى** من القلق فيتعلق بالتورط والانغماس فى سلوك ظاهر من الخوف والتوتر عند اختبار موضوعات القلق. ففى الحالات الشديدة من القلق يبدأ الشخص فى معاناة تغيرات فسيولوچية، كسرعة دقات القلب، والتشنج وتقلصات البطن والإسهال، والدوار والعرق البارد.. إلخ. ولأسباب عملية يعتبر هذا الجانب من أكثر جوانب القلق أهمية، لأن جزءًا من العلاج النفسى السلوكى الحديث يركز على التعديل من هذا الجانب السلوكى الظاهر، وينجح فى تعديله.. ويؤدى هذا التعديل فى هذا الجانب إلى تعديل فى الجانبين الآخرين من القلق، وهما جانبا الشعور والتفكير. وطرق التفاعل الاجتماعى للشخص فى حالة القلق تتأثر أيضًا فيميل الشخص إلى التناقض والحمق والتطرف فى علاقاته بالآخرين. والمثال الآتى (المرجع ٢٤) يوضح صورة الاضطراب التى تتملك الشخص فى الحالات الشديدة من القلق:

«أقبلت زوجة محامٍ ناجح فى السادسة والعشرين من العمر إلى عيادة نفسية فى حالة من الفزع والإنهاك. كانت تعانى من الصداع المستمر والإنهاك، والتوتر، ومن تقلصات فى البطن، والإسهال، تعرضت لنوبات من التشنج، يصيبها فيها الدوار والعرق البارد، فقلبها يأخذ فى الدق العنيف، والألم يستبد برأسها

(**اضطراب فى الشعور**). وقد انتابتها إحدى هذه النوبات فى منتصف الليل عندما كان زوجها خارج المدينة (**موقف خارجى لا يستثير بالضرورة الفزع**). واستيقظت وهى تبكى وترتعد بعنف (**اضطراب فى السلوك الظاهر**). وتذكرت أنها فكَّرت (**جانب فكرى لا منطقى**): هأنذا مريضة وحيدة، بينما زوجى بعيد عنى، ولا أحد يعلم من أنا. وكانت تردد وهى تسرد أعراضها أن سلوكها أحمق، وتقول إننى أثير ضجة لا مبرر لها ولكن الأمر خارج عن إرادتى[٢٤] (**جانب اجتماعى**) «التعليقات بين الأقواس من وضعنا».

وقريب من حالات القلق **ما يسمى بالمخاوف المرضية (فوبيا)**(*). والحقيقة أن كثيرًا من الأطباء النفسيين يعتبرون الخوف المرضى جزءًا من القلق، ولو أن الخوف فى حالة الخُواف ينشأ مرتبطًا ببعض الموضوعات، أو الأشخاص، أو المواقف المحددة. والانفعال الشديد، والفرع والارتياع الذى يتملك الطفل أو البالغ فى حالات المخاوف المرضية، يشبه القلق وكل الاضطرابات العصابية من حيث إن الخوف الشديد ليس له ما يبرره، وأن الشخص يعرف ذلك، ولكنه يعجز عن التحكم فى مخاوفه أو ضبط انفعالاته بصورة بنَّاءة بما ينتهى به أيضًا إلى العجز عن ممارسة حياته العملية والاجتماعية.

والخوف المرضى يمكن أن ينشأ كاستجابة لطائفة واسعة من الموضوعات التى لا تكون مفزعة فى حد ذاتها فى العادة. وقد تكون هذه الموضوعات حيوانات، أو أماكن، أو أشخاصًا أو مواقف اجتماعية. وتُعتبر القطط، والكلاب، والأماكن المرتفعة، والمغلقة، والظلام، والدم، والموت، ومواجهة الناس أو الحديث أمامهم، والرفض والنقد، والجنس الآخر، والوحدة، والجنس.. إلخ ضمن الأشياء التى كثيرًا ما تكون موضوعات للمخاوف المرضية.

أما **الاكتئاب** فهو مرض عصابى آخر نصادفه كثيرًا هذه الأيام. وما من شخص منا إلا وانتابته لحظات فى عمره - إثر أزمة خارجية، أو فقدان قريب أو صديق شعر فيها بالحزن والضياع. مثل هذا الشعور نجده يسيطر على البعض

(*) شلدون كاشدان، علم نفس الشواذ، ص٦٥ (المرجع رقم ٢٤ فى قائمة المراجع فى آخر الفصل).

بصورة أقوى وأطول مما هو معتاد، لهذا نسمى مثل هؤلاء مصابين بالاكتئاب. ويكون الاكتئاب مصحوبًا فى كثير من الأحيان بالقلق واليأس، والأرق، ومشاعر الذنب المبالغ فيها، وفقدان الشهية، والبكاء المتكرر.. وانعدام الثقة بالنفس، والتأنيب المستمر للذات. وعند نشأة الاكتئاب نجد أن نشاط الشخص يضعف ويبلد، وعلاقاته الاجتماعية تتقلص، ويتقوقع الشخص على ذاته فى خيبة أمل، وعجز. ويتجنب المكتئبون، التعبير عن العدوان والكراهية إما بسبب شعورهم الشديد بالذنب فى التعامل مع الناس، أو لخشيتهم من أن ذلك قد يؤدى إلى رفضهم من قِبل الآخرين. فهم أيضًا يخافون من الرفض الاجتماعى ويهلعون منه هلعًا شديدًا.. ويتصيدون رضاء الناس.. وينتهون على الرغم من هذا، أو بسبب هذا إلى إدانة الآخرين، وإدانة أنفسهم لأنهم يدينون الآخرين.. وهكذا. وتسيطر على المكتئبين أفكار بأن حياتهم عديمة الجدوى، وليس نادرًا أن تنتهى حياتهم فى الحالات الشديدة بالانتحار. ذلك التصرف اليائس الذى يبدو فى نظر المكتئب وكأنه البديل الوحيد لأحزانه وتعاسته.

ولعلكم تلاحظون أن الاكتئاب كالقلق يمثل استجابة انفعالية مبالغًا فيها، لكنه بعكس القلق الذى يتجه إلى الأمام ويتعلق بمخاوف وأخطار المستقبل، نجد أن المكتئب يتجه إلى الماضى وأحزان ما فات. لكنهما - عادة ما - يكونان متلازمين.

وبعض أشكال الاكتئاب بسبب ما فيها من عزلة وحزن، وعدم فاعلية وقلق أيضًا تؤدى إلى تخريب وظائف الشخصية الأخرى كالتفكير، وعندئذ قد يتحول الاكتئاب العصابى إلى ذهانى. وهذه هى الحالات التى تنتهى بسيطرة الهواجس تلك الأفكار الثابتة التى تسيطر على بعض المكتئبين مبينة لهم بأنهم عديمو النفع والجدوى. وفى هذه الحالات الشديدة من الاكتئاب يقيم الشخص اعتقاده بأن الحياة عديمة الجدوى، على الرغم من كل الحجج التى يحاول الآخرون بها إقناعه بأن ما يفكر فيه غير صحيح.

والقلق الوجودى شكل آخر من الاضطرابات الانفعالية التى دخلت مسرح علم النفس حديثًا. وهو مثل الاكتئاب من حيث إن الشخص تتملكه مشاعر بأن الحياة عبث ولا قيمة لها، ويفقد إحساسه بقيمة كل ما يفعله. وهو أيضًا كغيره من أنواع

العصاب الأخرى له اضطراباته الوجدانية، والفكرية والسلوكية. فمن الناحية الوجدانية، يكون الشعور الغالب هو الإحساس بالملل والفراغ ومشاعر بالاكتئاب المتقطع. ومن الناحية الفكرية، تسيطر على الشخص أفكار بأن الحياة لا معنى ولا ضرورة لها. أما من الناحية السلوكية، فإن الشخص يصبح غير مكترث للقيام بأى نشاط، أو أن يمضى فى حياته. ولكن أهم من هذا هو التبريرات الفلسفية التى يحيكها الشخص بمهارة مبررًا بها إحساسه ومشاعرة وتقاعسه عن أداء نشاطاته المعتادة. والقلق الوجودى كالاكتئاب من حيث إن كليهما يحكمهما الإغراق فى الحزن، ومشاعر الاغتراب، واللاجدوى. لكن ما يغلب فى حالات القلق الوجودى هو اللاكتراث وغياب المشاعر القوية، وفقدان الإحساس بوجود أى معنى للحياة، أما ما يغلب على المكتئب العادى فهو الحزن والانقباض. وكما فى القلق العصابى والاكتئاب، فإن القلق الوجودى دائمًا ما يكون مصحوبًا بأعراض الاكتئاب، ومن المحتمل أن تكون الاختلافات بينهما أقل من أوجه التشابه.

ويُسمى القلق الوجودى كذلك، لأن إبرازه تم بفضل كتابات الأدباء والفلاسفة الوجوديين، من أمثال: «ألبرت كامو» و «چان پول سارتر» و «أرثر ميلر»... إلخ. ولعل القارئ الذى يود أن يتأمل فى حالات نموذجية من القلق الوجودى أن يقرأ روايتىْ «الغريب» لألبير كامى، ومسرحية «بعد السقوط» لأرثر ميلر. فكلا البطلين: «ميرسول» فى رواية الغريب، و «كوينتين» فى مسرحية بعد السقوط، يُعتبر تجسيدًا طيبًا لهذا العَرَض.

وفى الأدب العربى، ولجت حالات القلق الوجودى فى روايات مثل: «اللص والكلاب» لنجيب محفوظ، «وموسم الهجرة للشمال» للطيب صالح. ويبدو أن من العسير علينا أن نقدم للقارئ حالة من القلق الوجودى، لأن العيادات النفسية لا تشاهد كثيرًا من هؤلاء الأشخاص، ربما بسبب مشاعر اللاكتراث الحادة التى تجعل من هؤلاء الأشخاص ينظرون شذرًا لأية خدمة مهنية (مرجع ٢٤)، أو ربما لأن كثيرًا من هذه الحالات يتم تشخيصها خطأ على أنها اكتئاب نفسى****.

وإذا كانت الأنماط السابقة من العصاب، يسيطر فيها القلق والخوف والاكتئاب، فإن هناك نوعًا آخر من العصابيين يظهر وكأنه قد خلا من كل هذه الهموم، ولو أن مشكلاتهم النفسية تبدو لهم ولغيرهم حقيقية وواضحة ولا تقبل الجدل. وفى هذه الطائفة يوجد الهستيريون.

والهستيريا شكل آخر من العصاب تتبلور أعراضها فى شكايات جسمية ليس لها أساس فعلى يمكن للطبيب علاجه. ولا شك أن الهروب من الأشياء بالتظاهر بالمرض من أحد الأعراض الشائعة لدى الأطفال. لهذا توجد الأعراض الهستيرية بين الأشخاص غير الناضجين والمنخفضين فى الذكاء. ومع ذلك فإن الهستيريا تختلف عن التظاهر بالمرض، لأن الاستجابة الهستيرية تحدث دون تحكم المريض ورغم إرادته. فالفرد المصاب بالعمى الهستيرى، مثلاً يكون بالفعل عاجزا عن الرؤية، ولو أن السبب يضرب بجذوره فى أسباب نفسية دون أن يكون هناك اختلال عضوى فى مراكز الإبصار. والفتيات أكثر استهدافًا للإصابة بالهستيريا من الذكور بخاصة عندما تكون الأم من النوع المسيطر، المسرف فى الرعاية، ومن ثَم تهتم اهتمامًا بالغًا بالشكاوى الجسمية والأمراض. ومن أشكال الهستيريا العمى الهستيرى، والصمم الهستيرى، والتشنج، وفقدان الذاكرة. ولعل هذه الأنواع وغيرها قليل من كثير من الأعراض التى تتألف منها الهستيريا. والهستيريا ـ غالبًا ـ ما تخدم هدفًا ثانويًا، فهى تساعد الشخص على تجنب المشكلات، وتجعله مركزًا للاهتمام والرعاية، ويؤدى التركيز على الشكاوى الجسمية فى الوقت نفسه إلى إبعاد الشخص عن التفكير فى المصادر الحقيقية للقلق والإحباط فى العالم الخارجى. لذلك تؤدى إزالة الأعراض الهستيرية إلى ظهور القلق فى بعض الحالات. (أرجايل مرجع ١٦)

وهناك أيضًا **السيكوباثيون** أو من يسمون أحيانًا بالجانحين. وهؤلاء لا تبدو عليهم أعراض نفسية أو جسمية بالمعنى السابق، لكن سلوكهم لا يمكن أن يكون من وجهة نظر المجتمع سلوكًا متزنًا أو عاقلاً على الإطلاق. وهم أناس مندفعون، ضعاف فى إحساسهم بآلام البشر، وعدوانيون، وضعاف الضمير، ويعجزون عن حساب نتائج أفعالهم. وقد أمكن باستقصاء عدد كبير من البحوث التى قارنت

بين شخصيات الجانحين وغير الجانحين، التوصل إلى أربعة فروق رئيسية يختلف فيها الجانحون عن العاديين، هى:

١ ـ ضعف الضمير، واختفاء مشاعر الذنب، والفشل فى اكتشاف الضوابط الداخلية.

٢ ـ البطء فى بعض أنواع التعلم.. بخاصة التعلم الذى يحتاج للوعى بمعايير وقيَم المجتمع.

٣ ـ مواجهة الإحباط بالاندفاع والعدوان دون حساب للنتائج.

٤ ـ ضعف المشاركة الوجدانية، والعجز عن تقدير مشاعر الآخرين (انظر إبراهيم مرجع ١٤).

ولأن السلوك الجانح دائمًا يظهر فى شكل معادٍ للمجتمع، فإنهم يدعون أحيانًا بالمرضى الاجتماعيين (سوسيوباثيين) ورغم أن الجريمة هى السلوك الذى تلجأ إليه هذه الفئة لحل صراعاتها عادة، فإن هناك أنواعًا أخرى من الانحرافات التى تشيع فى هذه الفئة كالسرقة والكذب. ويُظن خطأً بأن **المدمنين على الخمور والعقاقير** يُدمجون فى هذه الفئة. غير أن للمدمنين مشكلات خاصة، وبواعث مختلفة. ولو أن الجانحين والسيكوباثيين ـ غالبًا ـ ما يتشيعون لهذه الاضطرابات. ونسبة الجُنَاح بين الذكور ترتفع عن نسبة الإناث الجانحات ثمانى مرات على الأقل. وتثبت البحوث على عصابات الجناح التى تضم الذكور والإناث، أن الذكور يتجهون إلى الخشونة والاقتحام واختراق القانون، بينما يقوم الإناث بعملية التشجيع والتحريض.****

وسلوك الجانحين متنوع من حيث الاضطراب النفسى،ففيهم من العصاب: القلق، والتوتر، والصراعات الداخلية، وفيهم من الذهان: العدوانية، وعدم الاستبصار بنتائج السلوك. لكن هناك ما يُسمى **بالجُنَاح الاجتماعى الكاذب**، ويسمى هكذا لأن الشخص يسلك نحو أعضاء الجماعة التى ينتمى إليها سلوكًا لائقًا، لكنه لا يسلك السلوك نفسه نحو من هم خارجها. وقد تبين فى دراسة لـ ٥٠٠ طفل جانح، أن بينهم من هم أسوياء من الناحية النفسية، لكنهم

يحملون قدرًا مرتفعًا من الكراهية نحو السلطة، ويرفضون قيم المجتمع الخارجى الذى لا تنتمى إليه جماعة (انظر أرجايل مرجع ١٦) الجانح. ولا شك أن من قرأ رواية «الجريمة والعقاب» لديستويفسكى سيشده التشابه الشديد لبطل الرواية بهذا النوع من الجناح الكاذب.

نحن نكتفى إلى هنا بأهم الشكاوى والأعراض البارزة فى ميدان الاضطرابات النفسية والعقلية. ولكننا نبادر فنقول إن ما عرضناه لا يشمل فى الحقيقة كل الاضطرابات والشكاوى التى نقرأ عنها أو نسمع بها من الآخرين. فهناك أيضًا الشكاوى التى بدأت تغزو ميدان علم النفس حديثًا، وتلك التى تتحول فيها صراعات الحياة والقلق إلى إصابة وظائف الجسم بالخلل كارتفاع ضغط الدم، والربو، والقرحة.. وغيرها من طائفة الاضطرابات التى تسمى بالأمراض **السيكوسوماتية**. ولعل القارئ يغفر لنا قصور هذا العرض، ولعله أيضًا يقدر بأننا لم نقصد من هذا العرض البسيط كتابة مؤلف عن الطب العقلى والسلوك الشاذ، بقدر ما نهدف إلى الاستبصار ببعض المفاهيم الرئيسية الممهدة للفصول الرئيسية من كتاب عن تعديل السلوك البشرى.

ويبقى الآن سؤال نشعر بأن إثارته تخدم أيضًا مبرراتنا فى تخصيص كتاب من هذا النوع للمكتبة العربية، **ويتعلق بمدى انتشار هذه الاضطرابات**. فإلى أى مدى تنتشر الاضطرابات النفسية والعقلية؟

يعتقد كثير من الأطباء النفسيين أن عدد المصابين يتراوح ما بين٣٠: ٣٥٪ من عدد سكان أية دولة. والحقيقة أن نسبة التعساء بسبب الاضطرابات النفسية والعقلية أو الاجتماعية قد تكون أكبر من هذا إذا ما لاحظنا بأن فى حياة كل شخص تقريبًا لحظات محددة طويلة أو قصيرة يشعر فيها بالاضطراب، وأن الأمور أفلتت من يده، أو يعانى من حالات يوشك فيها على الانهيار العصبى وأن أسلوبه فى الحياة لم يعد يجدى معه.

ويقرر مركز الخدمات الصحية فى إحدى الجامعات الإنجليزية أن ٤٪ من الرجال و ٥٪ من النساء يعانون من أعراض نفسية (أو ذهانية لفترة قصيرة) أثناء

حياتهم الدراسية. وإذا اتخذنا من هذه النسبة محكًا، فإن نسبة العصاب ستزيد عن هذا دون شك. وفى دراسة مسحية على خمسة آلاف أمريكى، وجد أن ٤٪ منهم كانوا يعانون من الاضطراب المزمن، و١١٪ يشعرون بالاكتئاب النفسى والتعاسة، و ١٩٪ تتملكهم مخاوف من الانهيار العصبى بين لحظة وأخرى، و٢٣٪ صادفتهم مشكلات احتاجت لتدخل إخصائيين نفسيين أو اجتماعيين. أما نسبة الذهان فهى تصل إلى أكثر من ١٪ فى المجتمع. والنساء أكثر عرضة للإصابة بالأمراض النفسية من الرجال، وكبار السن يرتفعون أيضا بمقارنتهم بالصغار فى جوانب معينة من الاضطرابات النفسية كالاكتئاب (انظر: ١٦).

وقد يتبادر لذهن القارئ أن هذه النسب تنطبق على المجتمعات الغربية وهى ليست مقياسًا لمجتمعاتنا العربية. وقد نتوهم بأن المجتمعات النامية، التى تقل فيها ضغوط الحياة تخلو من الاضطرابات النفسية. لكن هذا غير صحيح، فعلماء النفس الأنثروبولوچى(*) يؤكدون أن الأمراض النفسية توجد فى كل المجتمعات التى درست. على الرغم من أن هناك بعض الاضطرابات التى قد يقل ظهورها فى المجتمعات البدائية، كالأمراض السيكوسوماتية (ارتفاع الضغط، والقرحة.. إلخ) التى ترجع إلى اضطرابات العمل وضغوطه، إلا أن هناك اضطرابات أخرى تسود فى المجتمعات الإفريقية، ولا تسود فى المجتمعات الغربية كجنون السعار فى بعض المجتمعات الإفريقية. لكن الذى لا شك فيه أن الاضطرابات النفسية والعقلية ليست حكرًا على المجتمعات الغربية.. وأنها تشكل فى الحقيقة مشكلة لكل المجتمعات الإنسانية.. ففى مسح اجتماعى لحالات الفصام المزمن فى مناطق «غانا» الإفريقية، وجد أن نسبة الفصاميين (والفصام يشكل ٨٠٪ من حالات الذهان) تصل إلى ٩٪ من عدد السكان ـ فى مقابل ٨٪ من عدد السكان فى أوروبا وأمريكا. وفى دراسة حديثة أُجريت فى ثلاث قرى هندية تتكون من تسعة آلاف نسمه تبين أن ٣٧٪ من السكان صرحوا بأنهم يعانون من أحد الاضطرابات النفسية بشكل أو بآخر. وزادت هذه الأعراض بين النساء أكثر من

(*) يهتم علماء النفس الأنثروبولوچى بدراسة السلوك البشرى فى المجتمعات والحضارات المختلفة دراسة مقارنة.

الرجال، وبين الفقراء أكثر من الأغنياء. صحيح أن نسبة من هذه الاضطرابات لم تكن خطيرة ولم تستدع الإيداع فى المصحات العقلية، إلا أن من الشائق أن نلاحظ مع هذا أن نسبة الـ ٣٧٪ تقترب من الإحصاءات الواردة من الغرب.

أما فى العالم العربى فإننا نعتقد بأن الأمر لا يختلف كثيرًا. صحيح أنه لا توجد مثل هذه الدراسات المسحية الشاملة. ولكن بعض الدراسات المحدودة قد تفى بالغرض. ففى دراسة مقارنة أجراها الكاتب على ثلاث مجموعات من الطلاب فى أمريكا وبريطانيا ومصر[٩] تبين أن نسبة العصابية والقلق تزداد بين الطلاب المصريين، يليهم الأمريكيون، ثم الإنجليز. كذلك أجرى غالى (عن: ٨) دراسة على ١٨٨٣ فردًا من المقيمين فى الكويت، من بينهم ٤٥٠ من الكويتيين الذكور، ٥٥٧ من الكويتيات، ٥٧٥ من غير الكويتيين من الذكور و ٢٩٦ من غير الكويتيات. أمكن سؤالهم جميعًا أسئلة واستفتاءات مماثلة تمامًا لاستفتاءات استُخدمت فى إنجلترا، وكان هدفها أن تبين مدى شيوع القلق وعدم الاستقرار الانفعالى فى داخل المجتمع الكويتى[عن: ٨]. وقد سمحت لنفسى أن أقارن النتائج المستخلصة من هذا البحث بنتائج بحوث مماثلة فى المجتمعات الغربية (الإنجليزية والأمريكية) لكى تتضح لنا بعض الفروق. وكما فى بحثنا السابق تبين هنا أيضًا أن حظ الكويتيين لا يقل عن حظ المصريين من حيث ارتفاع مستويات القلق والاضطرابات العصابية. فلقد ازداد شيوع العصاب بينهم أكثر من المجتمع الإنجليزى. وفى داخل المجتمع الكويتى ترتفع (ولأسباب غير معلومة) الميول العصابية بين المواطنين الكويتيين عن الوافدين من الدول العربية الأخرى، كما أن الإناث عامة سواء كُنَّ كويتيات أو وافدات كن أكثر عصابية، وقد أبرزت الدراسة أن أكثر المجموعات عصابية هى فئات تلاميذ المرحلة الثانوية وأصحاب المهن، أما المشتغلون بالتدريس فهم أميل لعدم الاستقرار والعصابية من غيرهم من أفراد المهن الأخرى. وتنبع أهمية هذه النتائج فى أنها تساعد على تخطيط أى برامج وقائية لمواجهة الاضطرابات النفسية قبل استفحالها.

وفى دراسة أخرى حديثة (لم تنشر)، قمت بإعطاء الترجمة العربية من مقياس تأكيد الذات لثلاثمائة طالب وطالبة فى المرحلة الجامعية بمدينة البيضاء

بليبيا. ومن المعروف أن هذا المقياس يساعد على اكتشاف جوانب العجز عن تأكيد الذات والثقة فى مواجهة الآخرين، ويساعد على تشخيص جوانب الفشل فى التعبير عن الانفعالات والحاجات النفسية بشكل ملائم. وهى جوانب من المعروف أن زيادتها تدل على القلق الاجتماعى وميول الانسحاب والانزواء والعصاب. وتبين النتائج فى مجملها أن ما يقرب من ٥١,٦٪ من العينة عبرت عن العجز عن تأكيد الذات وانخفاض الثقة بالنفس فى مواقف التفاعل الاجتماعى. وقد ازدادت النسبة فى العبارات الآتية:

- هل أنت من النوع الذى يعتذر بكثرة؟ (٩٦٪ أجابوا بنعم).
- هل تحافظ أحيانًا على هدوئك بحثًا عن السلام (نعم ٨٥٪).
- إذا ضايقك قريب تحترمه هل تخبئ مشاعرك بدلاً من الكشف عن ضيقك الحقيقى؟ (نعم ٧٥٪).
- هل تجد صعوبة فى بدء مناقشة أو حديث مع شخص غريب عنك؟ (نعم ٦٥٪).
- هل تجد صعوبة فى تأنيب مساعد أو شخص أقل منك منزلة؟ (نعم ٦٥٪).
- هل تتجنب الشكوى من خدمة سيئة فى مطعم أو مكان عام؟ (نعم ٥٧٪).
- هل تتجنب الأشخاص المحبين للتسلط والسيطرة؟ (نعم ٧٣٪).

وفى دراسة مماثلة على العينة السابقة نفسها قمنا بإعطاء مقياس للخجل الاجتماعى. ونظرًا للنتائج الممتلئة بكثير من الدلالات عن انتشار هذه الظواهر فى مجتمعاتنا العربية، نوضح فيما يلى بنود هذا المقياس وإجابات الطلاب على كل بند منها.

جدول (١)

الخجل الاجتماعى فى مجتمع عربى

(العدد = ٣٠٠ من عينة جامعية مختلطة)

فقرات الخجل الاجتماعى	النسبة المئوية لمن أجابوا «بنعم» ٪	النسبة المئوية لمن أجابوا «لا» ٪
١ ـ أشعر بالهدوء حتى فى المواقف الاجتماعية الجديدة وغير المألوفة.	٥٠,٥٠	٤٩,٥٠
٢ ـ أتجنب المواقف التى أجد فيها نفسى مرغمًا على الاختلاط وتبادل الأحاديث الاجتماعى مع الآخرين.	٤٤,٨٥	٥٥,١٥
٣ ـ من السهل علىَّ أن أكون هادئًا وعلى راحتى مع الغرباء.	٩٥,٥٥	٤٠,٤٥
٤ ـ أشعر برغبة خاصة لتجنب الالتقاء بالآخرين.	٥٤,٠٠	٤٦,٠٠
٥ ـ عندما أتحدث مع رؤسائى «أو أساتذتى» أبادلهم الأحاديث برغبة صادقة.	٧٦,٨٠	٢٣,٢٠
٦ ـ أتجنب الانضمام لجماعة كبيرة من الناس تتحادث فيما بينها.	٥٤,٠٠	٤٦,٠٠
٧ ـ أشعر بالحرج عندما أكون وسط مجموعة من الناس.	٤٢,٨٥	٥٧,١٥
٨ ـ أميل للانسحاب والبعد عن الآخرين.	٢٧,٠٠	٧٣,٠٠

تابع جدول (١): الخجل الاجتماعى فى مجتمع عربى

فقرات الخجل الاجتماعى	النسبة المئوية لمن أجابوا «بنعم» ٪	النسبة المئوية لمن أجابوا «لا» ٪
٩ ـ لا أشعر بأى حرج من الحديث مع الناس فى الحفلات أو اللقاءات العامة.	٦٥,٥٥	٣٤,٤٥
١٠ ـ لا أشعر بالمرة بهدوئى وراحتى عندما أكون فى وسط مجموعة كبيرة من الناس.	٦٠,٠٠	٤٠,٠٠
١١ ـ أخلق دائمـًا الأعذار عندما تُتاح الفرصة للاجتماع بالآخرين أو الالتقاء بهم فى حفل أو رحلة.	٤٠,٣٠	٥٩,٨٠
١٢ ـ أقوم أحيانًا بتعريف الناس بعضهم بالبعض الآخر.	٦٢,٧٥	٣٧,٢٥
١٣ ـ أتجنب المناسبات الرسمية والاجتماعات.	٤٢,٢٥	٥٧,٥٥
١٤ ـ عادة لا أفوت أى اجتماع.	٤٧,٨٥	٥٢,١٥
١٥ ـ من السهل علىَّ أن أشعر بالهدوء والاستمتاع بلقاء الآخرين.	٦٤,٧٥	٣٥,٢٥

المتوسط العام للخجل الاجتماعى ٤٥,١٣٪

ومن الواضح من الجدول أن الخجل والانسحاب من التفاعل فى المواقف الاجتماعية تنتشر بين ما يقرب من ٤٥٪ من أفراد العينة، وهى نسبة عالية دون شك. وإذا لاحظنا أن الخجل الاجتماعى يمثل أحد المظاهر العصابية ـ فإن هذا الجدول يدل ـ بشكل عام ـ على أننا عرضة كغيرنا من الدول للإصابة بالأمراض النفسية بنسبة مقاربة أو أعلى قليلاً.

والآن، هل تتجه الاضطرابات العقلية والنفسية إلى الزيادة بسبب ضغوط الحياة الحديثة؟.. أجل!.. فازدياد المعرفة بموضوعات علم النفس والاضطرابات النفسية تؤدى إلى زيادة فى اكتشاف الاضطرابات، والتوصية بعلاجها. لكن الزيادة - بالطبع - تلمس بعض جوانب الاضطرابات أكثر من الجوانب الأخرى.

ففى حالة **الذهان** لا تحدث الزيادة بشكل مُطَّرد.. بل إن هناك هبوطًا فى معدلات الالتحاق بالمستشفيات العقلية الأمريكية بعد سنة ١٩٥٥م. وجاء هذا مواكبًا للنجاح فى اكتشاف بعض العقاقير والمهدئات. لكن بينما نقص عدد النزلاء الذهانيين فى المستشفيات زاد عدد زياراتهم للعيادات الخارجية. ويدل هذا على أن العقاقير تهدئ من شدة الأعراض، ولكن آثارها العلاجية غير حاسمة. ومن ناحية أخرى، فهناك زيادة فى عدد الذهانيين بعد سن ٥٥ فى الدول الغربية، غير أن هذه الزيادة ترتبط - فيما يبدو - بظروف الرعاية التى بدأت تقدم بكرم وسخاء نحو المسنين؛ مما يؤدى إلى تطور الأساليب التشخيصية التى ساعدت على اكتشاف الاضطرابات الذهانية بين المسنين. ولهذا فإن الزيادة التى يلاحظها الطبيب قد تكون نتيجة لتطور وسائل اكتشاف الاضطراب، ولا تعبر عن زيادة فعلية فى الاضطرابات الذهانية لدى المسنين.

أما بالنسبة **إلى الأمراض النفسية**: القلق والاكتئاب، فيبدو أنها فى ازدياد مستمر على الرغم من ازدياد تعاطى العقاقير المهدئة. وهناك دلائل واقعية على أن القلق أو النزعات العصابية تزداد فى دول العالم النامى. ويبدو أن ضغوط الحياة وميل المواطنين فى هذه الدول لتبنى قيم المجتمعات الغربية المادية، يخلق ضغوطًا على الأفراد مما يسم حياتهم بالصراع والقلق. ويؤكد هذه النظرية أن هناك أيضًا زيادة فى الجريمة والجُناح بصفتهما نتيجة للفرص غير المتكافئة من النجاح فى مجتمع رأسمالى يتطلع للكسب السريع والاستهلاك المادى.

ويقرر عزت حجازى[١٩] أن الاتجاه نحو الإدمان وشرب الخمور وتعاطى العقاقير أصبح الآن مشكلة تواجه بعض القطاعات فى المجتمعات العربية. صحيح فيما يلاحظ حجازى أن التعاطى والإدمان ما زال محدودًا، إلا أنه بدأ يشهد موجة من الازدياد منذ أوائل السبعينيات شاملاً الذكور، وبعض فئات من

الإناث، وطلبة الجامعة، وأبناء الطبقات الدنيا والوسطى والعليا على السواء. وعلى الرغم من أن حجازى يريد أن يوحى بأن تلك الاضطرابات وغيرها من مشكلات اجتماعية ترتبط بالاغتراب والتغير الاجتماعى وغيرها من العوامل الاجتماعية، فإن الملاحظة تشير إلى أن الجنوح والإدمان تظهر عند البعض ولا تظهر عند البعض الآخر. فتحت نفس الظروف الاجتماعية السيئة قد يتحول البعض إلى جانح وبعضهم قد يختار القلق، ويبقى لبعضهم الثالث الاتجاه إلى بعض السبل البناءة. مما يدل على أن هناك عوامل أخرى نفسية، تحكم حتى الاضطرابات فى السلوك الاجتماعى كالجُناح والجريمة والإدمان. ويشير هذا إلى ضرورة أن تساير الخطط الاجتماعية فى الوقاية والعلاج، خططٌ نفسية تولِى اهتمامها للفرد واضطراباته. ويقودنا هذا الحديث عن مصادر الاضطرابات النفسية والسلوك الشاذ.

آن الآن أوان الحديث عن **مصادر الاضطرابات النفسية**. وسنعرض لثلاثة مصادر، هى: **الوراثة، والتعلم الاجتماعى، والضغوط أو الأزمات البيئية**.

وعلى الرغم من أن كل مصدر من المصادر كفيل وحده بإحداث الاضطرابات النفسية، إلا أن الاضطراب النفسى يحدث عادة بسبب التقاء هذه العناصر الثلاثة مجتمعة، أو اثنين منها على الأقل. لهذا فالحديث عن أن الوراثة هى السبب، أو أن التعلم من البيئة هو السبب أشبه بالحديث عن أيهما يؤدى إلى زيادة نسبة حوادث السيارات فى بلادنا: ضعف التدريب على القيادة، أم تزاحم السيارات فى الطرق والميادين؟!.

أ ـ والحقيقة أن الشخص يولد ولديه **استعداد وراثى** ضعيف لتحمل الضغوط، والتداعى أمام الكوارث، وتساعد البيئة (بخاصة خبرات الطفولة السيئة) على تعميق هذا الاستعداد فيحدث الانهيار بسبب صعوبات الحياة الحديثة.

ومن المعروف أن بعض الأُسَر يشيع فيها نمط معين من الاضطراب: الفصام أو القلق أو الميل للجنوح، لكن هذا لا يعنى أن تلك الاضطرابات موروثة، فقد تكون بسبب أن الأبوين يخلقان مناخًا مضطربًا مؤثرين بذلك تأثيرًا مباشرًا فى الطفل فى اختيار هذا الأسلوب المضطرب من الحياة (انظر مثلا: ١٨).

ومن أفضل الطرق للحسم فى تأثير الوراثة دراسة التوائم الأخوية (غير المتطابقة) والتوائم المتطابقة. فالتوائم المتطابقة هى التى تحدث بسبب انقسام بويضة واحدة، لهذا فالخصائص الوراثية تتساوى.. بحيث إن الاختلاف الذى يحدث فى سلوك توأمين يمكن أن يكون راجعًا لعوامل التعلم الاجتماعى. أما التوائم الأخوية فهى تنشأ نتيجة لتخصيب مستقل لبويضتين، لهذا فالتشابه بينهما لا يزيد عن التشابه بين الإخوة فى الرضاعة. وعلى هذا، فإذا قارنًا سلوك التوائم المتطابقة بسلوك التوائم الأخوية فى ظروف اجتماعية مختلفة فوجدنا أن التوائم المتطابقة أكثر تماثلاً من التوائم الأخوية فى جانب معين، فإن هذا يعنى أن هذا الجانب موروث إلى حد ما. ويبين الجدول الآتى النسبة المئوية لانتشار الاضطرابات النفسية بين التوائم، وهى مثيرة للتأمل بحق.

جدول (٢)

نسبة الاضطرابات العقلية

بين التوائم

نوع الاضطرابات	نسبة التشابه بين التوائم المتطابقة ٪	نسبة التشابه بين التوائم الأخوية ٪
الفصام	٦٧ : ٨٦	١٠ : ١٥
الهوس والاكتئاب	١٠٠ : ٧٠	١٥ : ٢٩
الانحرافات السيكوباثية	٢٥	١٤
العصاب (القلق والهستيريا)	٥٣	٢٥

ملحوظة:

هذا الجدول مأخوذ عن أرجايل: **علم النفس ومشكلات الحياة الاجتماعية**، المرجع رقم ٥/ (ب) والجدول يعبر عن متوسط النتائج فى عديد من الدراسات.

والذى نستنتجه بوضوح من الجدول أن كل الاضطرابات النفسية تخضع للوراثة جزئيًا، دون أن يلغى هذا دور العوامل البيئية وإلا بلغت نسبة التشابه بين

التوائم المتطابقة مائة فى المائة. غير أن هناك بعض الاضطرابات تمنح الوراثة فيها استعدادًا قويًا للاضطراب، ويزداد تدخل الوراثة فى الأمراض العقلية (الفصام والهوس والاكتئاب) يتلوها العصاب، ثم الانحرافات السيكوباثية والجنوح.

ب ـ يقرر الجدول على أية حال، أن الوراثة وحدها لا تُحْدث الاضطراب السلوكى، وأن **الخبرات البيئية** التالية يجب حسابها بقوة. ويزداد تأثير الخبرات البيئية فى مراحل الطفولة.. هناك ما يؤكد عن يقين بأن ظهور الاضطراب النفسى ـ السلوكى يرتبط بأساليب محددة من **تنشئة الأطفال**، وأن كل اضطراب يرتبط بخاصية مستقلة من خصائص التنشئة لا تظهر فى الاضطرابات الأخرى (عن: ١٦).

فدراسة الأشخاص المصابين بالقلق بينت أنهم ولدوا لآباء يتميزون بالضبط الشديد، وأن علاقتهم بأبنائهم تميزت بالتوتر والتخويف فى المواقف الاجتماعية. وتنتهى هذه الخبرات بالشخص فيما بعد إلى سهولة تعلمه واكتسابه للمخاوف المرضية. تلك المخاوف التى تعتبر السمة الأساسية لكل جوانب القلق والعصاب.

أما حالات الجناح فترتبط بالرفض والعقاب البدنى، مما يدل على أنه ينشأ من نوعية مختلفة من التنشئة.

وقد أشرنا إلى أن طفولة الهستيريين ذات طبيعة مختلفة. فوالدة الهستيرى (أو الهستيرية) تكون من النوع الذى يسرف فى الرعاية، والسيطرة، وتولِى اهتمامها للشكاوى الجسمية، والأمراض البدنية. ويؤدى هذا إلى اللجوء إلى الحيل والأمراض الجسمية فى مواجهة الإحباطات والصراعات: وهذا هو جوهر ما نسميه بالهستيريا.

والفصام يظهر ـ غالبًا ـ لدى الأشخاص الذين يتعرضون فى طفولتهم للكف، والعزلة عن الأطفال الآخرين. ولم يتمكن العلماء حتى الآن من اكتشاف ما إذا كانت هذه العزلة ترجع إلى فشل الشخص فى اكتساب وتعلم المهارات الاجتماعية التى تساعد على التكيف الفعال، أم تعكس سمات موروثة من الشخصية. وهناك دراسات شائقة تبين أن الفصاميين يأتون من أمهات كثيرات الغضب، ولكنهن

مسرفات فى الرعاية فى الوقت نفسه. كما توضح هذه الدراسات أن تخلف الفصامى فى فهم العلاقات الاجتماعية وعجزه عن التواصل بالناس، إنما يتسبب عن اضطراب التواصل بينه وبين الأبوين فى الفترات المبكرة. أى أن الفصامى لم يجد نماذج من الاتصال الجيد فى داخل الأسرة يمكن أن يحاكيها فى تفاعله مع المواقف الاجتماعية المختلفة. وهناك نظرية تثبت أن الاتصال بين الأم والفصامى يأخذ ما يُسمى بشكل الرسائل المزدوجة[١٦]، فالأم تتصرف بطريقة معينة ولكنها تتوقع استجابة مختلفة. بحيث إن الطفل يتلقى رسائل (أو منبهات) بأنه يجب أن يسلك على نحو معين ولكنها رسائل تتضمن فى الوقت عينه بعض المعلومات التى تتناقض مع ذلك تناقضًا ملحوظًا. لذلك يصبح الطفل كالضحية المحكوم عليها بالفعل مهما كان قرارها أو اختيارها. ولعل نظرية الرسائل المزدوجة وما تسببه من حيرة نلاحظه فى الحادثة الآتية التى حدثت على مشهد من الكاتب نفسه فى أحد مستشفيات الطب العقلى بالولايات المتحدة.

مريض فصامى فى السابعة عشرة من عمره كان فى أسبوعه الخامس فى المستشفى عندما حدث ذلك لى معه. فبعد أن اجتمعت ملاحظاتنا الاجتماعية والنفسية أنه قد بدأ يتحسن ويسلك سلوكًا اجتماعيًا إيجابيًا جاءت أمه فى نهاية الأسبوع لزيارته.. فلما رآها وذهب لتحيتها صاحت: «ألا تخجل من نفسك بعد هذه الفترة أن لا تسرع بتقبيلى» ولما قام بذلك احمر وجه الأم، وأبعدت جسمها عنه بحذر، احمَر وجه الشاب، وبدت عليه علامات الحرج والعجز عن التصرف. وقد لاحظنا بعد ذهاب الأم أنه انتكس واتجه من جديد للإغراق فى ذاته.. والبعد عمن حوله.

هاهنا مثال واضح للغموض فى الاتصال المحير، فالرسائل التى ترسلها الأم متناقضة فهى فى الظاهر تعنى المحبة والمودة.. ولكنها فى مضمونها تحمل معنى مضادًا(*). فتكون استجابات الشخص فاشلة إذا لم يظهر المودة، وفاشلة إذا أظهرها. ومثل هذه الأنماط من السلوك الاجتماعى تعد الطفل لكى يسلك على

(*) يجنح بعض الآباء والأمهات إلى إظهار النفور والعقاب للابن باسم المحبة أحيانًا وهذا نموذج آخر للوسائل المزدوجة.

نحو فصامى فى مرحلة الرشد. وتحدث الانهيارات الفصامية ـ غالبًا ـ فى المراهقة المتأخرة، بعد استعداد للفشل (من مصدر وراثى واجتماعى) فى علاج المشكلات المتعلقة بالدراسة أو العمل. وبهذا البناء الضعيف الهش يتكون الأسلوب الفصامى لمواجهة إحباطات الحياة فى شكل الانسحاب من مصادر القلق إلى عالم ضيق تسوده الخيالات والإشباعات الفصامية البديلة عن الأساليب الصحية الجيدة والواضحة.

أما الاكتئاب فيحدث عندما يكون الوالدان من ذوى الضمير القوى الصارم، يتجهون للوم النفسى الشديد عند حدوث أشياء خاطئة. أما أُسَر المصابين بالبارانويا (هواجس العظمة والاضطهاد)، فتتضمن هذا النوع الأصم من الآباء والأمهات الذين يفتقرون إلى لغة التواصل الاجتماعى والحساسية للآخرين، والذين لا يشجعون أبناءهم على مواجهة الواقع بطريقة إنسانية سليمة بسبب افتقارهم إلى ذلك، أو بسبب التدليل الشديد لهؤلاء الأبناء. ويبدو أن المعتقدات الثابتة التى يتبناها المصاب بهواجس البارانويا فيما بعد تكون ـ فى الأصل ـ تبريرًا للتضخم فى إدراك الذات، ويزداد رسوخ هذه المعتقدات والهواجس عندما يتعرض هؤلاء المرضى لأزمات فشل، فتبدو تلك الأزمات عديمة الأذى وضعيفة التأثير إزاء الهواجس وأفكار العظمة القوية.

جـ ـ **أما الأزمات البيئية فتعجل بظهور الاضطرابات**. ولو أن بعض الأزمات البيئية القوية تكفى وحدها لظهور الاضطرابات السلوكية كما يحدث فى معسكرات الاعتقال. ولكن الاضطرابات التى تستثيرها تلك الأزمات لا تكون دائمة فى الشخصية.

ويتحدد شكل الاضطراب السلوكى بطبيعة الأزمات البيئية (المراجع٢٤، ١١٤)، فأنواع الانهيارات التى تحدث أثناء الخدمة العسكرية، تختلف عن أزمات الامتحانات الدراسية. وتُعتبر حالات الوفاة أو الطلاق أو الهجرة أو الحروب مصدرًا من مصادر الاضطراب النفسى. ففى الحرب العالمية الثانية تحول ثلاثة

أرباع مليون جندى أمريكى إلى مرضى لأسباب نفسية. أما **معسكرات الاعتقال** فهى أيضًا مصدر خصيب للاضطرابات السلوكية. ففى معسكرات الاعتقال النازية يسجل لنا «بتلهايم» أن كل المعتقلين تقريبًا تعرضوا لاضطرابات نفسية بشكل أو بآخر بدءًا من حالات النفاق والكذب وانتهاء بالانهيارات الشبيهة بالذهان كالاكتئاب والسلوك الفصامى. وتكون العزلة الاجتماعية، **وضعف حجم الاتصالات الاجتماعية والهجرة**، تكون سببًا للاضطراب السلوكى، ونتيجة له فى الوقت نفسه. فنسبة الفصام بين العزاب تبلغ أربعة أضعاف نسبتها بين المتزوجين، وتصل بين الأرامل إلى النصف. وبينما نجد أن كل الاضطرابات السلوكية تصاحبها عزلة اجتماعية، فإن نسبة العزلة تزداد لدى الفصاميين والحالات الانتحارية. وغالبًا ما يعتبر ظهور العزلة الاجتماعية علامة على ازدياد الاضطراب لدى الشخص. لهذا فإن تقوية الروابط الاجتماعية، وتشجيع الانتماء يعتبران من وسائل علاج كثير من الاضطرابات النفسية فى الوقت الراهن.

وتحدد **الشخصية** شكل الاستجابة بالاضطراب السلوكى الشديد للأزمات البيئية. فقد يتعرض شخصان لخطر (كالاعتقال) لكن أحدهما يستجيب له بالاضطراب والانهيار، بينما تكون استجابة الشخص الآخر مختلفة عن ذلك. وقد يترجم النجاح المتوسط أو العادى إلى فشل ذريع عند بعض الأشخاص نتيجة لأنهم يضعون مستوى مرتفعًا من الطموح، أو الخوف من الفشل. وتساعد الخبرات الفعلية المبكرة للشخص فى رسم استجاباته فى مواقف الأزمة، فقد يستجيب بالقلق الشديد لنقد من رئيسه فى العمل بسبب خبرات طفولية سيئة بالعلاقة بالأبوين أو بالمدرسين أو بمن يمثلهم من نماذج السلطة. فالأشخاص عندما يتعرضون لموقف واحد أو أزمة يستجيبون بدرجات مختلفة من الاضطراب أو بأنواع مختلفة منه. وكل هذا يدل على أن جزءًا من الاضطراب لا تسببه الأزمات البيئية ـ الاجتماعية بقدر ما تسببه طريقة إدراكنا وإحساسنا النفسى بها.

ومن المشكلات المتعلقة بتأثير البيئة الاجتماعية أن ذوى الاستعداد النفسى السريع للانهيار، غالبًا ما يستجيبون أكثر من غيرهم بالاضطراب لأزمات الحياة

كالعزلة، أو الطلاق. فهل يكون الانهيار نتيجة لهذه الأزمات؟ أم أن الفرد بسبب استعداداته للانهيار وبنائه الهش يدرك هذه المواقف، ويراها على أنها مثيرة للاضطراب بينما هى ليست كذلك؟ وتتطلب إجابة هذه الأسئلة أن نوضح ما يُسمى بمفهوم الحلقة المفرغة فى تفسير الاضطرابات النفسية. خذ مثلاً حالة الزوجة (أو الزوج) السلبى الذى يشكو من عدوانية القرين وتهجُّمه.. فهل سلبية الأول تشجع على إثارة عدوان الثانى؟ أم أن عدوان الثانى هو الذى يشكل سلبية الطرف الأول وانسحابه؟ وعلى الرغم من أن إجابة هذا السؤال لم تتحدد بعد فى مجال البحث العلمى، فإن هناك ما يشبه الاتفاق على وجود حلقة مرضية مفرغة فى تفسير أى اضطراب نفسى، وممارس العلاج النفسى غالبًا ما يبدأ بتشجيع كسر هذه الحلقة المفرغة من أية زاوية ممكنة، فهو قد يشجع المريض على اتخاذ موقف إيجابى وواثق دون النظر إلى عدوانية الطرف الآخر، على أمل أن هذا سيخلق حلقة أخرى من التغير البنَّاء: (ظهور السلوك الإيجابى سيوقف عدوانية الطرف الآخر.. وتوقف العدوانية يؤدى إلى مزيد من تدعيم السلوك الإيجابى والبعد عن السلبية.. إلخ)(*). وتأثير العزلة الاجتماعية (كالهجرة، والعزوبية والطلاق) فى ظهور المرض العقلى يثير حلقة مفرغة من هذا النوع. فهل العزلة هى التى أدت إلى ذلك، أم أن المضطربين نفسيًا - غالبًا ما - ينتهون إلى العزلة بسبب إثارتهم للاشمئزاز والنفور فى الآخرين، واتخاذهم لقرارات خرقاء؟ المرجح - فيما أوضحنا من قبل - أن العزلة الاجتماعية تكون سببًا للاضطراب العقلى ونتيجة له فى الوقت نفسه.

الخلاصة

يعبر مفهوم الاضطراب النفسى والعقلى عن جانب من السلوك يتعارض مع ما نطلق عليه سلوكًا سليمًا، أو عاديًا أو ناضجًا. والاضطراب أو المرض النفسى لا يحقق الرضا والتقبل للشخص أو لمن حوله أو لكليهما معًا. ويؤدى المرض النفسى إلى إثارة اضطرابات شاملة فى سلوك الإنسان قد تشمل حالته الانفعالية، أو

(*) قد يبدأ العلاج أيضًا من الشخص العدوانى نفسه بأن نطلب منه التقليل من عدائه.

تفكيره أو سلوكه الاجتماعى، أو وظائفه العضوية والجسمية، أو كل هذه الأشياء مجتمعة فى وقت واحد. وإذا غلب الاضطراب على الناحية الانفعالية والوجدانية كان هناك ما يسمى بالاضطرابات العصابية كالقلق والهستيريا والمخاوف المرضية والاكتئاب، وإذا كان مصدر الشذوذ اضطرابًا فى التفكير تكوَّن ما يسمى بالمرض العقلى (الذهانى) بأشكاله المختلفة من فصام، وهوس، وبارانويا. وتنشأ الجريمة والجناح (الانحرافات السيكوباتية) بسبب اضطراب السلوك الاجتماعى. وتعتبر الأمراض السيكوسوماتية كالارتفاع فى ضغط الدم، والربو والقرحة علامة على أن الاضطراب النفسى يؤثر فى الوظائف العضوية والبدنية للإنسان. وفى كل نوع من أنواع هذه الاضطرابات، يشمل الاضطراب الوظائف الأخرى. فالاضطراب فى حالة القلق - مثلاً - يصيب الجوانب الوجدانية، والجسمية، والسلوكية، والعقلية.. ولو أن مصدر الاضطراب هو الوجدان أساسًا.

وتشكل الأمراض النفسية بؤرة لمشكلات اجتماعية وعقلية أخرى تعانى منها المجتمعات المتقدمة الغربية والاشتراكية ودول العالم الثالث على السواء. وقد بينَّا بالاعتماد على نتائج البحوث المسحية والدراسات التجريبية مدى انتشار الاضطرابات العقلية فى العالم العربى والغربى. وتحدث الاضطرابات النفسية بسبب التقاء الوراثة، والأساليب الخاطئة فى التنشئة فضلاً عن الضغوط والأزمات البيئية. وقد أوضحنا كيف يتم الالتقاء بين هذه العناصر الثلاثة. والتقاء هذه العناصر يرسم - دون شك - خطط العلاج الفعال لتلك المشكلات.. كما يمنحنا البصيرة بالسبل والأشكال التى يجب أن تتطور نحوها أساليب العلاج. وهذا هو موضوع الفصل المقبل.

مراجع وتعليقات

* عبد الستار إبراهيم، السلوك الإنسانى بين النظرة العلمية والنظرة الدارجة، فى كتاب: **السلوك الإنسانى: نظرة علمية**، تأليف عبد الستار إبراهيم، ومحمد فرغلى فراج وسلوى الملا، القاهرة: (المرجع ١١) الكتب الجامعية، ويوضح الفصلان الأولان من هذا الكتاب بعض النقاط المتعلقة بالتعريف السيكولوچى العلمى للظواهر.

** للمزيد عن الفروق بين العصاب والذهان انظر:

(Eysenck, ref. 16)

انظر بشكل خاص الفصل الأول من هذا الكتاب الذى يخصصه المؤلف لأنواع المرض النفسى العصابى.. وما يميز الذهانى (المريض العقلى) عن العصابى.. ويعارض المؤلف وجهة نظر الطب النفسى التقليدية التى ترى أن الذهان درجة أقسى من العصاب.. أى أن الفرق بينهما فرق فى الدرجة. غير أن المؤلف يعرض لوجهة نظر ترى بأنهما نوعان مختلفان من الأمراض.

انُظر:

(Rokeach, ref. 114)

*** بيَّن أيزنك أن المخاوف المرضية يمكن إرجاعها إلى سبعة موضوعات أو فئات رئيسية:

(أ) مخاوف من الحيوانات كالعناكب، والقطط.. إلخ.

(ب) مخاوف من مشاهدة العداوة لدى الآخرين، وذلك كالخوف من الأصوات المرتفعة، أو الخوف من الناس الغاضبين، أو الخوف من المشادات... إلخ.

(جـ) الخوف من الموت والأذى، كالخوف من الدم، والجروح والموتى ورائحة العقاقير، وحوادث السيارات..

(د) المخاوف ذات الشكل الأخلاقى، كالخوف من الانتحار، والعادة السرية والعذاب فى الآخرة والجنس.

(هـ) الخوف من النقد الاجتماعى، كالخوف من التجاهل والنبذ، والنقد... إلخ.

(و) الخوف من الظلام وما يرتبط به من مخاوف أخرى، كالخوف من الوحدة، أو الدخول إلى الأماكن المظلمة.

(ز) الخوف من الأماكن الخطيرة، مثل الخوف من المرتفعات ومن الأماكن المغلقة، والأماكن المزدحمة والأماكن الفسيحة... إلخ. للمزيد من التفاصيل (انظر: المرجع ٥٨).

*** للمزيد عن القلق الوجودى انظر بالإنجليزية المرجع: رقم ٩٨.

Salvator Maddi (1968). The existential Neurosis, In David Rosen- Hahn and Perry London (eds.)Theory and Research in Abnormal Behavior. New York: Holt , Rinehart and Winston, (pp.222-239).

**** ـ هناك أيضًا انحرافات يطلق عليها انحرافات «ذوى الياقات البيضاء».. وهى تشيع فى أفراد من الطبقات المتوسطة والعليا وتتمثل فى الهروب من دفع الضرائب، ومتطلبات الإنفاق الزائف، والانحرافات فى مجال العمل كالاختلاسات وغيرها. انظر: الفصل الخامس عن الجريمة والجُناح من كتاب ميشيل أرجايل (١٩٧٨) علم النفس ومشكلات الحياة الاجتماعية، ترجمة: عبد الستار إبراهيم، الكويت: دار القلم، (١٩٧٨الطبعة الثانية).

الفصل الثانى

شيء عن العلاج النفسى عبر العصور

يمكن أن نطلق على الأسلوب العلاجى المتضمن فى هذا الكتاب اسم «العلاج السلوكى» أو «تعديل السلوك»، وهو منهج يعتمد فى تناوله للسلوك المضطرب على نظرية التعلم. والمُسلَّمة الرئيسية التى نعتنقها وفق هذا التصور، هى أن الإنسان يتعلم كثيرًا من خلال تفاعلاته وخبراته بالعالم وتفاعلات العالم والآخرين به واستجاباتهم له. كما يتعلم شتى جوانب السلوك بما فيها أمراضه وطريقته الشاذة فى استجابته للبيئة. ويتم ذلك تدريجيًا ومبكرًا فى حياة الإنسان إلى أن يتحول شذوذه وأمراضه السلوكية إلى عادة وأسلوب حياة. ونطلق على هذا الشذوذ فيما بعد - وبعد أن يتحول إلى عادة راسخة - المصطلحات المختلفة للاضطرابات النفسية والعقلية بتجسيد أعراض هذا الشذوذ واتجاهاته. فإذا كانت عادة الإنسان أن يواجه مواقف الحياة بطريقة شاذة ومبالغ فيها انفعاليًا، قلنا إنه يعانى من الخوف أو القلق. أما إذا كانت عادته أن يواجه مواقف الحياة بصور غير المكترث أو الحزين المتشائم الذى يتوقع دائمًا الضرر، وصفنا شذوذه هذا بالاكتئاب. ونصف سلوكًا شاذًا آخر بالفصام، إذا تميز صاحبه بالاستجابة الغريبة التى تشوه من الواقع وتدركه على نحو غير مألوف وغير واقعى... وهكذا.

ونحن نسلم أيضًا بأن ما نتعلمه يمكن أن لا نتعلمه، أو أن نتعلم أساليب أفضل منه. صحيح أن الوراثة والعوامل البيولوچية قد تتدخل أحيانًا فى سلوك البشر وتوجهه لغايات غير مرغوبة؛ لكننا نعتقد أن وجود الوراثة أو العوامل البيولوچية لا يعنى بأن العلاج أو تعديل السلوك شيء مستحيل.. فتحت الاستعدادات

الوراثية نفسها يمكن لشخص أن ينمى جوانب من السلوك المرغوبة، ويمكن لشخص آخر أن يتجه لغايات سيئة. وهدف العلاج السلوكى هو أن يوجه السلوك - بغض النظر عن مسبباته: وراثية، أو اجتماعية - إلى وجهات مقبولة ومرغوبة وتحقق للفرد ولمن حوله بعض السعادة، فى ظروف أصبح من العسير على الناس أن يسعدوا أنفسهم أو أن يتسامحوا مع سعادة الآخرين.

وسنجد أن كل الأساليب التى سنتعرض لها تقريبًا تتجه نحو إزالة الأعراض المرضية(*) والقضاء عليها.. تلك الأعراض التى ننظر إليها بصفة عامة - كما أشرنا توًا - على أنها نوع من السلوك غير المتوافق الذى يمكن ملاحظته وبالتالى يمكن ضبطه.. أو استبداله.. أو توجيهه وجهات بنَّاءة. بعبارة أخرى، فإن مناهج العلاج السلوكى الحديث تؤمن بأن العَرَض المرضى الذى يشكو منه المريض هو الجدير بالعلاج وليس ما وراءه من اضطرابات، إن كانت وراءه اضطرابات أخرى.

ونجد من الواجب علينا - لكى تتضح - قيمة هذا التطور فى حركة العلاج النفسى الحديث - أن نكشف عن النظرة التى اعتاد الناس أن ينظروا بها إلى معاناة البشرية من الأمراض النفسية والعقلية على مر التاريخ.

فلم تكن مشكلة معاناة البشرية من تلك الاضطرابات مسألة هينة.. فلقد شغلت الناس منذ القدَم، كما لا تزال تشغلنا الآن.. وحاولوا أن يفسروها كما نحاول الآن.. وجاهدوا لعلاجها كما نجاهد الآن.. ووضعوا تصنيفات وأنواعًا لها، تمامًا كما يحاول الأطباء النفسيون الآن.. ولكن الفرق الوحيد بيننا وبينهم يبدو فى الكيفية التى تناولوا بها هذه الاضطرابات، والكيفية التى حاولوا بها إخضاعها للعلاج والضبط.. ولا شك أن سياحة بسيطة فى تاريخ العلاج النفسى ستمنحنا بصيرة محمودة بما نحن عليه الآن، وبما يجب أن تتجه له خطواتنا التالية.. وفى المستقبل.

(*) إذا ما اعتاد الإنسان على مواجهة مواقف مختلفة بطريقة مبالغ فيها انفعاليًا قلنا بأنه يعانى من مخاوف وقلق، أما إذا اعتاد الإنسان على مواجهة المواقف نفسها بصورة غير المكترث، أو الحزين دائما، وصفناه بالاكتئاب. ونقول عنه بأنه «فصامى» إذا ما كانت استجاباته لتلك المو اقف مشوهة وغير واقعية.

نظرة الإنسان القديمة للأمراض النفسية

كان الاعتقاد الشائع فى العصور القديمة أن المرض النفسى أو السلوك المضطرب والشاذ نتاج لعوامل غامضة قادرة على أن تؤثر فى الإنسان تأثيرًا ملحوظًا. وقد تفاوتت أسماء هذه العوامل من فترة إلى فترة بحسب بعض الارتباطات الخاصة بالتطور البيئى.. ولكن مهما اختلفت المسميات فإنها اتفقت بشكل عام على وجود أرواح أو شياطين لها القدرة على أن تلج الجسم البشرى وتسيطر عليه على نحو ما. فإذا كانت تلك الأرواح خيرة فإنها توجه تصرفات الإنسان وجهات إيجابية، أما إن كانت خبيثة فهى توجهه نفسيًا وجسميًا وجهات سلبية فيتكون المرض الجسمى والنفسى(٢٤).

وهناك ما يثبت أن الإنسان القديم لم يكتف بالإيمان بالأرواح الخبيثة.. بل حاول أن يفعل شيئًا لاستعبادها والسيطرة عليها*.

أما ظهور الحضارة المصرية الفرعونية القديمة فلا يبدو أنه أتى بتغير جوهرى فى الربط ما بين المرض النفسى والأرواح الخبيثة. فإذا عدنا إلى التعاويذ التى بقيت منذ أيام الفراعنة لوجدنا إحداها، فيما يلاحظ الدكتور عبدالمحسن صالح(٢٥) تطلب من الآلهة صراحة التدخل لطرد الأرواح الشريرة، وتبدأ إحداها هكذا «السلام عليك يا حورس.. يا أيها الموجود فى بلاد المئات، ياحاد القرنين يا بالغ الهدف، إنى قصدتك لأمدح جمالك، ألا فلتقض على الشيطان الذى يتلبس جسدى»**.

ولم يكن الإغريق القدامى أحسن حظًا فى تصورهم للأمراض النفسية وعلاجها.. فقد تبنوا أفكارًا مماثلة عن السحر.. ولو أنها كانت أكثر تطرفًا.. إذ كان الموت جزاء من تحل به تلك الأرواح. ولا شك أن ما يحمله لنا التاريخ من معاملات شاذة كان يلقاها المرضى النفسيون كالسجن والحرق، والعقاب الوحشى، كان من بين المآسى التى تركتها لنا هذه الآراء الخاطئة، والتفكيرات الخرافية القديمة.

قد يُقال إن هذه مرحلة ولت وانتهت. وهذا صحيح جزئيًا.. فلم يعد المريض النفسى منذ حركات الإصلاح الاجتماعى يُلقى بالسلاسل بمعزل عن الآخرين..

ولم يعد يُحرق أو يُقتل كما كان من قبل، بل إن الدول أصبحت ترصد الآن البلايين من الدولارات كل عام للبحث عن قوانين الصحة العقلية وضبط اضطرابات السلوك البشرى، ومحاولات البحث عن وسائل تعيد ارتباطهم بالواقع ارتباطًا إيجابيًا وفعالاً. تم ذلك بتطور حثيث منذ حركات الإصلاح الاجتماعى فى أواخر القرن الثامن عشر وأوائل القرن التاسع عشر، وما صحب ذلك من تغير عميق فى اتجاه الناس نحو الأمراض النفسية والعقلية. لكننا نستطيع الحكم ـ عن يقين ـ بأن بعض آثار هذا التفكير لا تزال تسود أفكار العامة، وكثيرًا من أفكار المثقفين فى مجتمعاتنا العربية بشكل خاص، وتحت أفكار مثل الطالع ومَسّ الجن وعين الحَسُود، والعمل السحرى وغيرها. كما لا يزال العامة فى كثير من القرى يواجهون تلك الاضطرابات بوسائل لا يبدو أنها تختلف عما كان يشيع منذ ألف وثمانمائة عام أو يزيد. فالتمائم أو الشعائر، والزار، وبعض خرافات الطب الشعبى.. كلها وغيرها نماذج تبدو لمن يمعن النظر فيها بعين فاحصة نتاجًا لأسلوب قديم موغل فى القِدَم، ولم يعد له مكان إلا فى الأساطير.

من العلاج بالشعوذة إلى العلاج العضوى

يبدو ـ مع ذلك ـ بأن تفكير القدامى وما انطوى عليه من خرافة قد ساعد بشكل ما على تبلور مرحلة من التطور فى علاج الأمراض النفسية. فانتباه القدامى للجمجمة والرأس على أنها موطن الشياطين والجن فى حالة المرضى العقليين، كان ـ فيما يبدو ـ موحيًا بالانتقال إلى دراسة تلك الاضطرابات بربطها بالمخ تحت انتشار الطب العضوى.

ومهما يكن من أمر، فإن فكرة الشياطين والجن الذى يلج الجسم الإنسانى ويتخلله لينفث فيه الشر والاضطراب لم تعد ترضى ما توصل إليه التفكير البشرى من تطور خلال القرن التاسع عشر. فلقد شهد ذلك القرن نموًا فى التفكير الطبيعى امتد أثره ليصبح ما يشبه الثورة فى تطور الطب العضوى وعلاج الأمراض الجسمية. ولأن الأمراض العقلية ـ آنذاك ـ كانت أيضًا من تخصص الأطباء، فقد امتد التطور بالطب أيضًا ليشمل دراسة الأمراض النفسية والعقلية.

وطبيعى أن يؤدى ذلك التطور إلى تشكل اتجاه علمى قوى فى النظر إلى الاضطرابات النفسية والعقلية. فقد أصبحت هذه الموضوعات وربما لأول مرة فى تاريخ الفكر البشرى موضوعات قابلة للبحث العلمى وليس لاجتهاد المشعوذين ورجال السحر والمنجمين. فانهمك الأطباء فى بحوث عن مسببات تلك الأمراض.. وساد الاتجاه بأن لكل مرض عقلى سببًا مثله فى ذلك مثل أى مرض جسمى، وأنه إذا عرفنا العلة بطريق التجربة والاستقصاء، فإننا سنصل فى الغالب إلى استنباط العلاج المناسب بطريقة العقاقير الطبية. وهذا التطور ما زلنا نشهد آثاره فيما يُسمى بالطب النفسى (السيكياترى) الحديث.

ولكن النظر للمرض النفسى بقوانين المرض الجسمى، لم يكن ليثير الإحساس بالرضا لدى جميع المختصين. ونعترف بأن كثيرًا من الحماس الذى يميز علماء العلاج النفسى والسلوكى الحديث فى ابتكار تصورات ونظرات ذات طابع سيكولوچى لمواجهة التحديات التى لم تكن التطورات الطبية قد استطاعت أن تواجهها فى خلال قرن من الزمان، إنما جاء كنتيجة لازدياد عدم الرضا على المنهج الطبى التقليدى الذى ينظر للمرض النفسى نظرته للمرض الجسمى. ففى الأمراض الجسمية دائمًا ما يكون العَرَض الجسمى (كارتفاع الحرارة، والصداع وارتفاع ضغط الدم.. إلخ)، نتيجة لاختلالات عضوية أو كيميائية فى الجسم هى الجديرة بالعلاج. ولأن الأطباء احتكروا عمليات العلاج الجسمى والنفسى معًا.. فقد انتقل المفهوم الطبى والجمسى انتقالا آليًا إلى تفسير الاضطرابات النفسية.. فأصبحت الأعراض النفسية من اكتئاب، وقلق، وهلاوس، وعدوان، ومخاوف، وهواجس ينظر إليها نظرة عضوية على أنها أعراض سطحية تخفى وراءها اضطرابات جسمية تتمثل فى وجود اختلالات كيميائية فى المخ، أو تلف فى الأنسجة نتيجة لعيوب وراثية أو اختلال فى وظائف الجهاز العصبى أو الغدد وغيرها من عوامل عضوية لا يسمح المقام هنا أن نخوض فيها بالتفصيل.

وعلى الرغم من أن العلاج السلوكى الحديث يتضمن طرقًا بيولوچية كالعلاج بالصدمات الكهربائية فى حالات الاكتئاب، أو جراحات المخ، أو العقاقير المهدئة - فإن كثيرًا من الدراسات تبين أن فاعلية هذه الأساليب تكون محدودة، ما لم

تصحبها أساليب من التوجيه والتربية. فالمريض الذى يشكو من التوتر النفسى بطريقة تعوق تلقائيته فى الحديث أمام الناس على سبيل المثال، قد يساعده تعاطى بعض العقاقير المهدئة على ضبط هذا التوتر.. لكن ماذا عن قدرته على التعبير عن نفسه؟ أو طرقه فى التفاعل مع الآخرين بطريقة إيجابية؟ هنا لا بد من أساليب جديدة تمكنه من أن يتعلم طرقًا جديدة من التعبير عن النفس والتفاعل الاجتماعى وأن يتخلى عن أساليبه القديمة.. وبدون هذا التعلم.. فقد يظل تأثير العقّار محدودًا أو منعدمًا.

أضف لهذا أن الإحصاءات الأمريكية تبين أن بلايين الدولارات تصرف كل عام فى العقاقير المهدئة أو المنومة، وتتفق الإحصاءات الإنجليزية معها فى إحصاء أرقام ضخمة تصل إلى أكثر من ١٠٠ مليون جنيه إسترلينى فى العام. ولا توجد لدينا ـ للأسف ـ إحصاءات عربية عن مقدار ما يصرف فى استهلاك الأدوية والعقاقير المهدئة فى الدول العربية.. ولكن لا شك فى أن أموالاً طائلة مماثلة تستهلك فى ذلك. وما يمكن استنتاجه بشكل عام.. هو أن الاضطرابات النفسية على الرغم من هذه المبالغ الطائلة التى تصرف فى العقاقير لم تتضاءل كثيرًا فيما يبدو. قد يُقال بأن ازدياد اعتماد الناس على هذه العقاقير يكون بسبب ازدياد انتشار الاضطرابات النفسية ذاتها فى عصرنا الحديث. وسنرى خطأ هذا الادعاء فيما بعد (انظر الفصل الأول؛ بخاصة فيما يتعلق بانتشار الأمراض النفسية والعقلية).

كما سنرى أن رحلة الشخص مع ما يتملكه من اضطرابات لم تنته.. بانتهاء اكتشاف العقاقير والمهدئات.

فضلاً عن هذا، فإن كثيرًا من جوانب العلاج العضوى كالعلاج بطريق الصدمات الكهربائية قد تؤدى إلى نتائج سيئة تفوق نتائج الأعراض التى نقوم بعلاجها. وسأنتهز هنا هذه الفرصة لأقدم عرضًا لبعض نتائج هذا النوع من العلاج؛ لأنه يستخدم بكثرة فى كثير من المجتمعات العربية.

إن العلاج بالصدمات الكهربائية أو التشنجات الكهربائية طريقة دخلت مسرح العلاج فى الثلاثينيات من هذا القرن. وهى تقوم كما سنرى فى الفصل الثانى على لصق قطبين كهربيين فى فودَى المريض، ثم يمرر تيار كهربائى يتراوح من ٧٠ إلى ١٥٠ ڤولت خلال المخ. ويستغرق تمرير هذا التيار أجزاء من الثانية أو ثانية على أكثر تقدير. ويحتاج المكتئبون ـ فى الغالب ـ إلى قرابة من ٦ : ١٢ جلسة، بينما يحتاج الفصاميون إلى ما يقرب من ٢٥ جلسة. ومن المعتقد أن التشنجات التى تصيب المريض نتيجة لتمرير هذا التيار تؤدى إلى تغير فى سلوكه.. لكن هناك ما يشبه الإجماع على أن العمليات التى يؤثر من خلالها التشنج فى السلوك أمر غير معروف. كل ما يعرفه الإخصائيون أن هذا الأسلوب يؤدى إلى التغيير من حالات الاكتئاب لدى الفصاميين والمكتئبين على السواء. أما كيف يتم ذلك فهذا غير معروف.

واستخدام الصدمات الكهربائية فى العلاج النفسى يتم تبريره فى مستشفياتنا العقلية على أنها سريعة وسهلة الاستخدام وتوفر وقت الأطباء النفسيين. ولكن هذه الحجج تخفى حقائق كريهة، ومأسوية من حيث الآثار الدائمة على السلوك والشخصية الإنسانية بعد هذا. علمًا بأن نسبة الوفاة من الصدمات الكهربائية تصل إلى واحد فى كل ألف مريض، منهم ٥٪ ينتج سبب موتهم مباشرة نتيجة لتلف أنسجة المخ وصدماته(٣) Brain damage . وتدل دراسات علماء الأعصاب التى تجرى منذ الأربعينيات على أن تأثير الجلسات الكهربائية فى أنسجة المخ أمر مؤكد.

ففى لقاء حديث مع الطبيب النفسى «كارل بريبرام» رئيس معهد النفسى العصبىneuropsychology بجامعة ستانفورد بكاليفورنيا (عن المرجع ٦٢) يقول: «إننى أفضل إجراء جراحة فى المخ عن تطبيق سلسلة من الجلسات الكهربائية.. فأنا أعرف ما تتحول إليه خلايا المخ الرقيقة بعد سلسلة من الجلسات الكهربائية. إنها تبدو بمنظر لا يبعث الرضا على الإطلاق* * *».

أضف إلى هذا، التأثيرات الأخرى التى تتركها الجلسات الكهربائية فى المريض كالصداع الحاد، وفقدان الشهية، والمخاوف.. ومن أكثر هذه التأثيرات

سوءًا، التأثير فى الذاكرة الإنسانية. فقد كشف چانيس (عن 62) Janis فى دراسة عن آثار الجلسات الكهربائية بأن «جميع المرضى الذين عولجوا بطريق الصدمة ظهرت عليهم عوارض تدهور الذاكرة لما يقرب من أربعة أسابيع بعد توقف الجلسات». ويضاف إلى هذا أن عددًا من الأشخاص يتحول إلى الحالة نفسها بعد فترة من الزمن، كما سنرى فيما بعد. غير أننا مازلنا نلاحظ مع هذا أن النظرة العضوية للأمراض النفسية والعقلية لم تختف تمامًا عن الأنظار. فلا يزال كثير من الأطباء النفسيين، ولا تزال جمعية الطب النفسى الأمريكية تصرف ملايين الدولارات كل عام لكى تؤكد بأن الاختلالات العقلية هى عضوية فى طبيعتها إلى حد كبير، وأن دراساتنا يجب أن تتجه للبحث عما يرتبط بالأمراض النفسية من عوامل وراثية وبيوكيميائية. ومع هذا، فإن الكثيرين تحولوا للبحث عن طريق آخر غير الطريق العضوى لتفسير السلوك الشاذ، وهو الطريق النفسى أو البحث عن عوامل نفسية داخلية.

من العلاج العضوى إلى التحليل النفسى

والحقيقة أن التراجع عن التفسير الطبى والبحث عن تفسير نفسى بدأ فى مستهل القرن العشرين على يد طبيب أصبح اليوم اسمه على كل لسان، ألا وهو **سيجمُنْد فرويد**، الذى افترض بأن الاضطرابات النفسية يمكن أن تُرد إلى وجود صراعات داخلية لا شعورية، وقُوًى تعمل بداخل الشخصية الإنسانية، قوى يتصارع بعضها مع البعض الآخر. ويؤدى تصارعها إلى تكون الأعراض المرضية. وبهذا المعنى أمكن لفرويد أن ينقل محور الاهتمام بالاضطراب النفسى من وجود خلل عضوى إلى وجود صراع قائم فى النفس.. ومن العلاج العضوى إلى التحليل النفسى كما سنرى فى الفصل الثانى.

وعلى الرغم من أن فرويد يُعد فى تاريخ العلاج النفسى من أوائل من تحدوا وجهة النظر العضوية فى تفسير المرض العقلى، فإن آثار تخصصه الأصلى قد جعلته ينقل للمرض النفسى تصوراً يختلف فى المضمون ولكنه يتفق فى المنهج. فكما أن الأطباء النفسيين عالجوا المرضى العقليين بطريق علاج أنواع الخلل العضوى فى المخ أو الجهاز العصبى، كان فرويد يعالج الأمراض النفسية بطريق

علاج ما يكمن خلفها من أنواع الخلل الصادر عن وجود غرائز متأصلة فينا بيولوچيًا؟ وقد أثار فرويد - فيما يبدو - الذعر لدى الكثيرين عندما قال بأن الغرائز الجنسية هى المصدر الأساسى للدوافع المسببة لمعظم السلوك الإنسانى. وبهذا فإن الأعراض المرضية ما هى إلا علاقات سطحية لاضطرابات وصراعات أعمق فى داخل الشخصية. ولا شك أن هذا التصور يذكر القارئ بشكل ما بنظرة الأطباء للأعراض الجسمية على أنها دلائل على اضطرابات وأمراض كامنة.

ولقد وجهت انتقادات حادة للتحليل النفسى الفرويدى، ولكل النظريات الحديثة المشتقة منه(٢٩)، ويستحيل علينا فى هذا الحيز أن نستعرض كل الانتقادات التى وجهت للتحليل النفسى طوال ما يقرب من نصف قرن. إذ لا شك أن مثل هذا العمل لو كان يجب القيام به بأمانة وبدقة لتطلب مجلدًا يزيد فى ضخامته عن كتابنا هذا. لكن يهمنا هنا عرض ما يناسب من هذه الانتقادات لموضوعنا عن العلاج النفسى.

فمن ناحية يأخذ الناقدون على فرويد أن كثيرًا من مفاهيمه التى ابتكرها لوصف الأمراض النفسية وتفسيرها كانت عامة وفضفاضة، ويصعب تحديدها تحديدًا دقيقًا. ولهذا يصبح من الصعب جدًا اختبار كثير من الفروض التحليلية اختبارًا موضوعيًا وتجريبيًا؛ لأنها بُنيت على أدلة قصصية، وبطريقة أدبية يصعب على العلماء تقبلها.

ومن ناحية أخرى، تلائم موضوعنا فيما يتعلق بفكرة الغرائز هذه التى كان يعتبرها فرويد مصدر الطاقة للسلوك المرضى. فلقد أدت هذه الفكرة إلى تعقيد مشكلة التشخيص تعقيدًا ضخمًا، فقد تضاءل معنى الأعراض، وأصبح على الإنسان أن يتجاوزها سعيًا وراء الصراعات الداخلية. مما يجرد المشكلة النفسية أيضًا من أساسها النفسى ويجعلها رهينة بوجود قوى من العسير التحكم فيها أو ضبطها كما نصبو. لقد أصبح لدينا - فيما يرى أيزنك (١٧) - «بدلاً من الشياطين والعفاريت، مركبات أوديب وإليكترا».

وقد استطاعت نظرية التعليم الحديثة أن تقدم تفسيرات بديلة للأمراض النفسية، كما أصبح بالإمكان أن نقوم بشىء حيالها من حيث العلاج لا عن طريق سنين طويلة من التحليل النفسى والتداعى الحر، ولكن عن طريق إعادة تعلم جوانب من السلوك التكيفى بوسائل بسيطة من العلاج السلوكى.

من الفرويدية إلى السلوكية

من الميسور أن تُرد بدايات التصور السلوكى للعقد الأول من هذا القرن. ففى الفترة نفسها التى شهدت «سيجمند فرويد» برز «إيڤان بافلوف» فى روسيا بدراساته عن الفعل المنعكس، تلك التى أكسبته تقديرًا واسعًا لقاء نظرياته فيه، فمُنح جائزة نوبل بجدارة. وعلى الرغم من أن تأثير «بافلوف» فى علم النفس لم يتبلور بصورة مبكرة كفرويد، فإن الظروف شاءت أن تجعل منه مؤسس الوجهة السلوكية فى علم النفس عندما استطاع «واطسون» أن يطبق بمهارة نظريات «بافلوف» فى الفعل المنعكس لوصف اكتساب الأمراض النفسية وإزالتها. وفى فترة قريبة برز أيضًا «سكينر» الذى استطاع أيضًا أن يرسخ مناهج سلوكية متطورة عن تعديل السلوك سنفرد لها لأهميتها أحد فصول هذا الكتاب (الفصل السابع).

استطاع «بافلوف» ـ على أية حال ـ أن يثبت أنه من الممكن أن يعلم حيوانًا ما أن يسيل لعابه بمجرد سماعه لصوت جرس أو رؤيته لضوء معين. وتجاربه فى هذا الميدان مبتكرة.. ولو أنه لم يكتب لها فيما أشرنا أن تؤثر فى النظرة للأمراض النفسية، إلا فى فترة قريبة عندما أبدى «واطسون» اهتمامه بتجارب «بافلوف» بأن أستطاع أن يخلق مرضًا نفسيًا (وهو الخوف المرضى) لدى أحد الأطفال (ألبرت) بطريقة تجريبية فى داخل المختبر.

لقد كان «ألبرت» فى عامه الأول عندما قام واطسون(*) بتعريضه لفأر أبيض عددًا من المرات..... وفى كل مرة يقرع صوتًا عاليًا مفزعًا عندما يظهر الفأر.

(*) أجرى واطسون دراسته تلك مع تلميذته Rayner التى أصبحت زوجته فيما بعد. ومن الغريب أن واطسون قد فُصل من الجامعة بعد أن نشر دراسته بقليل.. واستطاع توظيف قدراته الخلاقة فى ميدان الدعاية والإعلام ليصبح مليونيرًا وليخسره علم النفس وتكسبه الدعاية والإعلام.

لقد كان هدف «واطسون» أن يبين أن المخاوف يمكن أن نتعلمها نتيجة للربط بين ظهور المنبه الأصلى (الفأر الأبيض) والمنبه الشرطى (الصوت المفزع)، تمامًا كما كان «بافلوف» يعلم حيواناته أن تستجيب بإفراز اللعاب نتيجة للربط بين المنبه الأصلى (الطعام) والمنبه الشرطى (صوت الجرس). وقد نجح واطسون فى إثبات ذلك بالفعل؛ إذ تحول مشهد الفأر المحايد إلى مصدر لفزع «ألبرت» الصغير بعد سبع مرات من تعريضه للفأر مقرونًا بهذا الصوت المفزع. لقد كان ألبرت يصرخ طالبًا النجدة عندما كان يشهد الفأر، وأخذت مخاوفه تتعمم نحو كل الأشكال الفرائية والمشابهة للفئران كالأرانب، والكلاب.. إلخ.

وهكذا أمكن بظهور هذا التصور النظر إلى كافة الأمراض النفسية على أنها استجابات وعادات شاذة تُكتسب بفعل خبرات خاطئة. ولم يعد المعالجون السلوكيون ينظرون للاضطراب النفسى على أنه نتاج لغرائز أو صراعات داخلية، بل إنه سلوك نكتسبه من البيئة بفعل سلسلة من الارتباطات التعسة بين منبهاتها المختلفة. أو كما يوضح أيزنك(٥٩):

«ترى نظرية العلاج السلوكى بأنه لا توجد أمراض وراء الأعراض الظاهرة.. فالأعراض هى المرض. فجوانب القلق التى تتملك الناس، وحالات الاكتئاب والوساوس القهرية وكل الانفعالات والمسالك العصـــــابية لا تزيد - وفق هذه النظرية - عن كونها استجابة شرطية انفعالية، أو ردود فعل لتلك الاستجابات المشروطة... «فإذا كان ذلك كذلك فإن الأعراض هى المرض، وليست أعراضًا» تخفى وراءها أى شىء.. ويكون العلاج فعالاً إن استطعنا التخلص من تلك الأعراض، فإن أنت تخلصت من العرض تخلصت من المرض»(٥٩).

وقد قام كثير من المعالجين النفسيين السلوكيين بتشكيل نظرياتهم على نسق نظرية واطسون.. هكذا على الأقل فعل «ولبى (133)» و«سكينر» و «لازاروس» و «أليس» فى تحليل السلوك الشاذ وعلاجه. صحيح أنهم جميعًا تقريبًا ينظرون الآن إلى تجربة واطسون المبكرة على أنها تعتبر نظرية شديدة التبسيط والآلية.. إلا أن منهاجهم الفكرى يتشابه فى أنهم جميعا تقريبًا:

١ – ينظرون إلى المرض النفسى بصفته سلوكًا شاذًا، ومكتسبًا ويكتسب بفعل عمليات خاطئة من التعليم والتشريط(*). ويستخدمون لذلك البحوث التجريبية للكشف عن فاعلية متغيرات معينة فى إحداث الاضطراب، تمامًا كما فعل «واطسون».

٢ – ينظرون للأعراض المرضية على أنها هى الهدف الذى يجب أن يتجه إليه العلاج، وأن إزالة الأعراض تؤدى إلى التخلص من المرض النفسى والاضطراب. وليس كما يعتقد المحللون النفسيون أن الأعراض ما هى إلا مظاهر سطحية تخفى اضطرابات أعمق فى الشخصية هى التى يجب أن يتجه لها العلاج.

٣ – لا يبذلون مجهودًا كبيرًا فى البحث عن تفسيرات للسلوك فى إطـــار صراعات الطفولة أو الغريزة أو الوراثة. فمن رأيهم أن التفســـير أمر يختلف عن العلاج.. وأن وجود وراثة أو غريزة أو أى شىء من هذا القَبيل لا يجب أن يؤثر بأية حال فى مجهوداتنا للتعديل من أنماط السلوك الشاذ.

٤ – من الأساسى بالنسبة إلى المعالجين السلوكيين البدء فى التحديد الدقيق والنوعى للسلوك الذى نرغب فى تعديله أو علاجه. والإجراءات التى يستخدمها المعالج السلوكى لذلك تختلف فى أهدافها عما يقوم به المحلل النفسى بطريقة فرويد مثلاً؛ لأن المعالج يبدى اهتمامًا مباشرًا بالظروف المحيطة بتكوين السلوك المريض (الذى أدى لطلب العلاج)، بينما يتجه اهتمام المحلل النفسى إلى تاريخ المريض.. هكذا مجردًا، ودون اهتمام بأنماط التفاعل بين الفرد والبيئة التى أحاطت ببداية تولد الأعراض المرضية كما يفعل المعالج السلوكى.

٥ – لا يقف دور المعالجين السلوكيين عند مجرد اكتشاف الاضطراب وتحديده، ومقداره (أى التشخيص)، بل يساعدون المريض على التحديد الدقيق لأنماط السلوك السوى والجيد الذى يجب أن يتجه له الاهتمام بدلاً من السلوك

(*) أتفق مع الدكتور فؤاد زكريا فى أن الكلمة العربية تشريط تحتاج لبعض التعديل.. لأنها لا تنقل المعنى الذى يتضمنه التعلم البافلوفى وهو التعلم القائم على التحكم فى السلوك الإنسانى من خلال التحكم بالمنبهات والعلاقات بينها. غير أننا للأسف سنبقى على هذا المصطلح لشيوعه. (المرجع رقم ٢٠).

المريض، كما يساعدونه فى وضع الخطة العلاجية وتنفيذها فى اتجاه التخلص من الاضطراب بأساليب متعددة، ومثل هذا التفكير يختلف عن المنحى الفرويدى الذى يرى بأن دور المعالج هو تشجيع المريض على الاستبصار بمشكلاته وصراعاته. وأن الاستبصار يؤدى إلى التغير التلقائى والعلاج.

وعلى الرغم من أننا نعتبر فصول هذا الكتاب نماذج للتفكير السلوكى وأساليبه فى العلاج، فإننا حاولنا أن نعكس بعض التطورات النظرية المختلفة فى هذا الموضوع التى قد تختلف عن المنهج التقليدى فى العلاج السلوكى كما يستمد نظرياته من «بافلوف» و «سكينر»، ولو أننا نتفق - بالطبع - مع الفلسفة العامة لهذا المنهج القائم على ضرورة احترام المنهج العلمى والبحث التجريبى، والذى يرى أن العلاج الناجح الفعال يجب أن ينحو نحوًا مباشرًا بالتركيز المباشر على تعديل السلوك المرضى دون سعى وراء صراعات أو عقد داخلية.

من العلاج السلوكى الأحادى البعد إلى العلاج المتعدد الأوجه

على الرغم مما هو مسلَّم به بين علماء النفس والعلاج من أن نظرية التحليل النفسى، لم تعد بعد نظرية جيدة يُعتد بها(٤١)، فإن من الغريب أن نلاحظ أن بعض الناس وبعض العلماء الذين يُشهد لهم فى علم النفس بالجدارة والاعتبار مازالوا يأخذونها مأخذ الجد. وقد يطرح علينا هذا سؤالاً علينا أن نواجهه هنا وهو لماذا لا تزال نظرية التحليل النفسى ذات مكانة مرموقة بين كثير من المعالجين؟ قد تتعدد إجابات هذا السؤال.. لكن هناك حقيقة توحى لنا بها دراسة تاريخ التفكير العلمى.. وهى أن من الضرورى لكى يتم التطور من نسق قديم أو خاطئ من التفكير أن يتوجد على مسرح الحياة نسق بديل يثبت فائدة أكثر. فقد ظل التفسير الشيطانى للمرض العقلى مسيطرًا على الأذهان إلى أن استطاع الأطباء أن يقدموا إجابة على الرغم من قصورها، فقد كانت مقنعة وبداية لتفسير هذه الأمراض وعلاجها، وظل النمط الطبى بعد ذلك مسيطرًا على تفسير السلوك الإنسانى إلى أن أماط فرويد اللثام عن حقيقة بسيطة وهى أن قوانين «النفس» تختلف عن قوانين ما هو «عضوى»، ونجح فرويد أن يستبدل بالتصور الطبى تصوراته الجديدة؛ مما كان له بعض الفائدة فى توجيه الأنظار

إلى أن ما يحدد تصرفات الإنسان عوامل معقدة متشابكة يمكن التثبت منها فى عالم آخر غير الأعضاء ووظائفها. لكننا رأينا بعد ذلك أن فرويد ترك الباب مفتوحًا لكثير من الشكوك حول المكانة العلمية لنظريته بسبب عزوفه عن التقاليد العلمية من ناحية، وتجاهله لدور التعلم والخبرة فى تحديد سلوك الإنسان من ناحية أخرى. لقد جعل الإنسان مغلولاً فى صراعاته ومتورطًا فى غرائزه بطريقة جعلت من قدرتنا على التنبؤ «هدف العلم المقدس»، بالسلوك البشرى ومساره فى موقف لا يتلاءم مع جوانب التقدم العلمى فى الفروع الأخرى. ولم تنجح النظرية السلوكية - للأسف - على الرغم من أنها ظهرت تقريبًا فى الفترة التى ظهر فيها فرويد(*)، لم تنجح فى أن تشد اليها الاهتمام كنظرية التحليل النفسى.

لقد قدمت السلوكية البدائل الملائمة للتطور بالتفكير العلمى: قدمت البحث التجريبى بديلاً عن أساطير فرويد، وقدمت أيضًا التعلم والخبرة بديلاً عن القوى الداخلية العمياء التى تعمل بداخل الإنسان وتسيِّره فلا يملك لها ردًا. قدمت ما كان يكفى بالانتقال والتطور إلى مرحلة أخرى من العلاج النفسى. ولكن من المؤسف أن هذا لم يحدث بالسرعة التى نتمناها. فلا يزال للفرويدية مؤيدوها ولا يزال لها شيعتها المتزمتون.

أما لماذا لا تزال الفرويدية تشيع بهذه القوة على الرغم من وجود البدائل؟.. فإن الإجابة تكمن فى النظرية السلوكية ذاتها فيما نتصور.. فالسلوكية فى شكلها الأول التقليدى كانت ترى أنه يكفى دراسة أنواع السلوك السطحية التى تقبل الملاحظة.. وأن هذا هو أكثر ما نحتاج له لفهم الاختلالات النفسية وعلاجها. وانطلاقًا من هذا كان المعالج السلوكى بدءًا «ببافلوف» وحتى «سكينر» يضع كل ما ليس بظاهر فى موضع هامشى. حتى إن سكينر يحذر مرارًا وتكرارًا علماء النفس السلوكى من الوقوع فى فخ مفاهيم حاربتها فى نظره المدرسة السلوكية منذ نشأتها: «عندما أقول بأن السلوك نتاج للبيئة.. فإننى أعنى بالبيئة أية حادثة أو منبه فى العالم له القدرة على التأثير فى الكائن. صحيح أن جزءًا من العالم

(*) لقد شهد العقد الأول من القرن العشرين سيجمند فرويد وإيفان بافلوف معًا، وكان كلاهما على درجة ملحوظة من الشهرة.

موجود فى داخل الكائن.. لكن هذا جزء ضئيل الأهمية.. ويستدل عليه من خلال الاستنتاج العقلى والتقارير اللفظية.. لذا يجب أن نكون فى منتهى الحذر والدقة فى معالجته.. لأن الباحث فى تلك الحوادث الداخلية يبعد نفسه ـ ولو خطوة صغيرة ـ عن السلوك الظاهر والوقائع الفعلية»(١٢٨).

وفى اعتقادنا، أن السلوكية بهذا الشكل المبكِّر قد سلبت الإنسان كثيرًا من العوامل التى كان يمكن أن تكون ذات قيمة فى فهمه وعلاجه.. مما جعل أحد المعالجين النفسيين يرى أنه من الصحيح أن العلاج السلوكى قد يكون هو العلاج المفضل بالنسبة إلى الاضطرابات المتعلقة بالمخاوف المرضية.. والاضطرابات التى لها مصدر خارجى يمكن ملاحظته والتحكم فيه، لكنه يُعتبر طريقة غير مناسبة فى العلاج لحالات الاكتئاب والقلق الوجودى والميول الانتحارية والاغتراب، وغير ذلك من اضطرابات تكون مصادرها غير ملحوظة فى العالم الخارجى.

والحقيقة، أن هذا ما يرفضه العلاج السلوكى الحديث فى ظل التطورات الراهنة التى يتوجه نشاط المعالجون فيها نحو الأبعاد المتعددة للمرض العقلى.

ومن ثَم جاء الكتاب الحالى يؤكد من خلال فصوله بأنه توجد إمكانات متعددة لتغيير السلوك. بعبارة أخرى، نرى أن الاضطراب النفسى نتاج لعناصر بعضها فى البيئة الخارجية، وبعضها فى عالم القيم والتفكير والوجدان.. أى العوامل الذاتية.

وبالتالى، فإن علاج فرد يشكو من مشكلة معينة كالاكتئاب أو العجز عن ضبط النزعات العدوانية.. أو القلق.. إلخ يمكن أن يتم بأن نعلمه أساليب جديدة من السلوك، كما يمكن أن نعلمه طرقًا جديدة من التفكير وحل المشكلات، ويمكن أن نساعده على تغيير توقعاته القديمة أو القيم التى يتبناها نحو بعض الأهداف.

بعبارة أخرى، فنحن نحاول أن نعكس فى هذا الكتاب نوعًا من التفكير يهتم اهتمامًا خاصًا بالاضطرابات النفسية بحيث لا يجردها من طبيعتها المعقدة. ومحور هذا التصور هو أن الاضطراب النفسى عندما يحدث لا يشمل جانبًا واحدًا من الشخصية إنما يشمل أربعة عناصر، هى: **السلوك الظاهر** (الأفعال الخارجية)، **والانفعال** (التغيرات الفسيولوجية)، **والتفكير** (طرق التفكير والقيم)، **والتفاعل الاجتماعى** (العلاقات بالآخرين).

تناول - على سبيل المثال - شخصًا يعانى من القلق الشديد عندما يتقدم لحديث ودى مع رئيسه أو شخصًا من الجنس الآخر أو أى شخص على درجة معينة من الاهمية أو الجاذبية له. إن قلقه فى الحقيقة يترجم عن نفسه فى أشكال متعددة ومتصاحبة وتحدث جميعًا فى وقت واحد: إذ تشتد ضربات قلبه وتزداد سرعة تنفسه (كدلالة على الانفعال) ويتلجلج فى الكلام ويحمر وجهه (سلوك ظاهرى). وربما يتكلم مع نفسه بصوت غير مسموع بأنه إنسان فاشل وعاجز ومهمل (قيمة سلبية نحو الذات أو تفكير غير عقلانى)، كما يجد نفسه عاجزًا عن أن يجد موضوعات مناسبة للحديث لتخرجه من ورطته (كدلالة على ضعف المهارة فى التفاعل الاجتماعى).

ولأن الاضطراب يشمل كل هذه الوظائف، فإن العلاج الناجح يجب أيضًا أن يتجه إلى التغيير، وبشتى الوسائل من مصاحبات الاضطراب فى كل تلك الوظائف والجوانب. فمن الممكن أن نعلم المريض فى المثال السابق أساليب جديدة لضبط انفعاله (من خلال الاسترخاء العضلى مثلاً)، كما يمكن أن نعلمه أساليب جديدة من السلوك، أو أن نزيد من إمكانات أساليبه السلوكية القديمة فى هذا الموقف (تعديل السلوك)، كما يمكن أن نعلمه بأن لا يفكر فى نفسه تفكيرًا سلبيًا وأن لا يضفى على هذا الشخص ـ الرئيس أو الفتاة ـ قيمة إيجابية أكثر مما يجب (تعديل فى طرق التفكير والقيم). ويمكن أيضًا أن نعلمه طرقًا جديدة فى تبادل الأحاديث مع الآخرين، واختلاق موضوعات ملائمة بمهارة (تعديل طرق التفاعل الاجتماعى).

وعلى الرغم من أن من الصعب على معالج واحد أن يتقن مهارات تعديل السلوك البشرى فى الجوانب الأربعة السابقة معًا، فإن المستقبل قد يشهد تخصصات أدق بين المعالجين النفسيين. فنجد فريقًا يولى اهتمامه ونشاطه لتعديل السلوك، وفريقًا آخر لتعديل التفكير، وطائفة ثالثة لتعديل المهارات الاجتماعية، وطائفة رابعة لتعديل الاضطرابات الانفعالية. ويبدو أن هذا ما بدأ يتبلور فى الوقت الراهن فى الولايات المتحدة، وفى غيرها من البلدان التى تشهد تقدمًا فى نمو أساليب العلاج السلوكى.

وبعد، فسنفصل فى الفصول القادمة فى بعض أبعاد هذا المنهج.. غير أننا نود هنا أن نشير إلى أن فصول الجزء الثانى من هذا الكتاب الخاص بأساليب ومناهج العلاج، جاءت لتغطى جوانب التقدم بإعطاء نماذج من أساليب علاج الجوانب الأربعة السابقة.

مراجع وتعليقات

* للمزيد من التفسيرات القديمة للمرض النفسى انظر:
كاشدان (مرجع ٢٤) خاصة الفصل الثانى وموضوعه نماذج للسلوك الشاذ، كذلك أنظر (المرجع ١٠٤، ١١٣).

٢ ـ انظر: عبد المحسن صالح، الإنسان الحائر بين العلم والخرافة، (المرجع ٢٥). فى هذا الكتاب الشائق يركز المؤلف على نماذج من الموضوعات التى تفسر بطريقة خرافية على الرغم من أنه يمكن تناولها تناولاً علميًا. انظر ـ بشكل خاص ـ الفصل الثالث الذى يفرده المؤلف للعلاج الخرافى فى بعض الشعوب العربية.

** * للمزيد عن العلاج بالصدمات الكهربائية وتأثيراتها النفسية انظر:

Friedberg J.(August, 1978).

*** للمزيد عن نظرية فرويد والانتقادات الحادة التى تواجهها مدرسة التحليل النفسى انظر: ليندزى (المرجع ٢٩) كذلك أيزنك (مرجع ١٧، والمرجع ٥٨، ١٢٨).

الفصل الثالث

لمحة على الأساليب الحديثة من العلاج النفسى

١ ـ قررتْ أخيرًا ـ وبعد تردد طويل ـ أن تذهب للطبيب النفسى وهى فى حالة حادة من القلق والخوف، والاكتئاب المتزايد يومًا بعد يوم.

وتبلورت شكواها عند الطبيب فى وجود حالة خوف مرضى (فوبيا) من الأماكن المغلقة والضيقة، إذ يصيبها فى مثل هذه الأماكن رعب وجزع وتوشك على الإغماء، وتهن أعصابها وَهَنًا شديدًا. وقد أدى خوفها من الأماكن الضيقة إلى الامتناع نهائيًا عن أشياء ضرورية وترفيهية، كركوب المواصلات، والذهاب إلى الأسواق، أو الدخول إلى محلات البيع والشراء. وامتنعت حتى عن القيام بالواجبات الحيوية التى تتطلب منها الدخول إلى حمام المنزل.

ب ـ نعتته زوجته ذات صباح ببعض **الألفاظ النابية**. وعلى الرغم من أن مشاعره قد جُرحت بشدة إلا أنه خرج إلى عمله دون أن يتلفظ ببنت شفة. وفى العمل فوجئ برئيسه ينتقده بحدة على خطأ ارتكبه واحد من زملائه. ومرة أخرى، وقف صامتًا دون أن يدافع عن نفسه ومبتلعًا الإهانة بحنق مكتوم. وفى اليوم نفسه، طلب من أحد مرءوسيه الصغار إعداد مذكرة مطلوبة من مدير المصلحة، فرفض الموظف أداء العمل بطريقة لم تخل من عدم الذوق والاستهانة. وللمرة الثانية لم يقم مريضنا بأى إجراء ملائم نحو هذا التصرف. وعندما عاد للمنزل فى نهاية اليوم فوجئ بأن طفله الصغير قد أحدث عطبًا فى جهاز تسجيله للعب به. هنا انفجر بالغضب على ابنه، وعاقبه عقابًا لا يتلاءم مع تفاهة الحادث غير أنه لم يشعر بالراحة بعد ذلك، بل تملكته مشاعر بالذنب.. واصطبغ

ذلك بإحساس بأنه إنسان تافه وعديم الفاعلية، وعاجز عن أن يحكم حياته بإيجابية ملائمة. ولهذا السبب انتهز أول فرصة ملائمة لزيارة معالج نفسى يبثه شكواه، وطالبًا منه النصيحة والشفاء.

جـ ـ أصابه إثر اتصال جنسى غير مشروع خوف مرضى حاد من بوله. وقد تبلور ذلك فى الخوف من تلويث الآخرين، وبث العدوى بينهم من خلال ما يتبوله. وتحول هذا الخوف إلى أداء وساوس وطقوس قهرية(*). إذ أخذ يقضى ما يقرب من خمس وأربعين دقيقة فى تنظيف أعضائه بعد كل مرة يتبول فيها، يتلوها ما يقرب من ساعتين يقضيهما بعد ذلك فى غسل يده وتنظيفها. فضلاً عن هذا، فقد تطورت لديه طقوس حوازية أخرى ارتبطت بهذه الأعراض. ففى كل صباح يأخذ حمامًا يستغرق منه أربع ساعات تقريبًا. وقد بث لمعالجه أنه قرر بعد ذلك أن يقضى أغلب وقته فى مخدعه؛ إذ إن «اليقظة لا تساوى المتاعب التى يتعرض لها أثناءها بسبب تلك الطقوس».

د ـ اصطحبت ابنها الذى يبلغ الثامنة للمعالج موضحة أنه كان يبدى نموًا لغويًا عاديًا إلى أن بدأ يذهب للمدرسة فى السادسة من عمره. وعندئذ تدهورت قدرته على الكلام، وأصبح الآن كالأخرس تقريبًا. وبسبب هذا تأخر نقله من مرحلة دراسية إلى أخرى.. وقد سبب له هذا ولوالديه كثيرًا من التعاسة والآلام.

تمثل الحالات الأربع السابقة نماذج لاضطرابات تواجه الناس وتتطلب منهم الاستعانة بالخبراء النفسيين؛ لكى يساعدوهم على تحريرهم من العجز والشفاء الذى تسببه لهم هذه الأعراض، وتطورها.

فماذا لو أن كل حالة من هذه الحالات جاءت للطبيب النفسى منذ عشرين عامًا أو يزيد؟

لربما كان الطبيب النفسى (تحت تأثير شيوع **أفكار مدرسة فرويد فى التحليل النفسى** آنذاك) سيطلب من مريضه أو مريضته الاستلقاء على أريكة التحليل

(*) أى الانفعال والطقوس والأفكار التى يجد الفرد نفسه مجبرًا على تكرارها (انظر الفصل الأول الذى يعرض لهذه المفاهيم الرئيسية).

النفسى ثلاث أو أربع مرات كل أسبوع لمدة تتراوح بين ثلاثة أو خمسة أعوام. وينتهى العلاج فى النهاية، وبعد تتبع، أو استقصاء شامل لكل ظروف الحياة المحيطة بالحالة منذ الطفولة المبكرة.

وربما يكتشف المعالج فى النهاية أن هذه الأعراض التى دفعت بالمريض إلى الذهاب للمعالج ليست هى المشكلة الحقيقية، بل ترجع ـ أساسًا ـ إلى عقدة تمتد بجذورها إلى فترة الطفولة نتيجة علاقة مريضة بأم مستبدة، أو أب غير مكترث، أو قد يكتشف أن مشكلة المريض فى الحقيقة تعود إلى شعور بالنقص بسبب مشكلة أوديبية أى بسبب كراهية لا شعورية قديمة لأب مسيطر، كان يقمع تعبيره عن مشاعره (أى المريض) محولاً إياه إلى إنسان جبان وعاجز عن التعبير عن مشاعره عندما يتطلب منه الأمر ذلك. ولن يعجز عن أن يكتشف أشياء من هذا القبيل فى حالة الشاب الحوازى أو الطفل الأخرس*.

أما الآن، فإن هناك أساليب جديدة للعلاج السلوكى يمكن أن تساعد على شفاء كل حالة من الحالات السابقة فى فترة أقل، وبقليل من النفقات، ودون الاستلقاء على أريكة أو دخول فى ذكريات الطفولة، واستقصاء اللاشعور.

والحقيقة، أن الانتقال من أساليب فرويد الكلاسيكية إلى الأساليب الحديثة فى العلاج النفسى يُعتبر فى نظر الكثيرين من أساليب العلاج النفسى بمثابة ثورة، عملت على تحرير طاقاته (أى العلاج) من عقم قاتل. يقول معالج نفسى من كاليفورنيا: «إن التحليل النفسى قد مات فعلاً، لم تعد تلك هى المشكلة، إنما المشكلة أن نواجه حياتنا بمفاهيم متحررة وجديدة ومستقلة تمامًا عن التحليل النفسى». وفى أحسن الأحوال نجد أن المعالجين النفسيين المعتدلين ينظرون إلى التحليل كأداة من أدوات عدة يمكن للمعالج النفسى أن يتسلح بها فى مواجهته للمرض.

وتُسمى الأساليب الجديدة فى العلاج النفسى بأسماء مختلفة، منها: العلاج السلوكى، وعلاج الواقع، والعلاج المنطقى، والعلاج التشريطى، وتحقيق الإنسان لذاته، وتدريب الحساسية.. إلخ. وعلى الرغم من أن بعض هذه الأساليب

تستخدم بعض طرق التحليل النفسى بخاصة لاكتشاف بداية تكون المرض أو الاضطراب، إلا أنها تختلف جذريًا فى نقاط أساسية سنتعرض لها بعد أن نعرض للقارئ الأسس التى تقوم عليها النظرية الفرويدية فى العلاج، حتى يزداد استبصارنا بالأساليب الحديثة.

التحليل النفسى باختصار هو المدرسة التى تدين لمنشئتها فرويد بكثير من الأفكار والنظريات التى طبقت بمهارة فى مجالات الحياة المختلفة، كالفن والسياسة، والأمراض النفسية وغيرها. ويهمنا من هذه النظرية فى هذه المجالات أن نشير باختصار إلى وجهة نظرها فيما يتعلق بالمرض النفسى. ينظر فرويد باختصار إلى **المرض النفسى** على أنه حصيلة لعدد من العقد النفسية التى تكونت فى الفترات المبكرة من حياة الإنسان. بعبارة أخرى، فإن الأعراض النفسية المضطربة ترتبط بذكريات لخبرات جنسية وصدمية مبكرة ـ ذكريات وإن كانت قد صارت لاشعورية إلا أنها لا تزال مع ذلك ذات تأثير فعال فى حياة المريض. وتصبح الخبرات الأليمة المبكرة لاشعورية بعد ما يحدث لها من كبت بسبب طابعها الجنسى. ولذلك، فالعلاج ينحصر - إلى حد كبير - فى الكشف عن الذكريات اللاشعورية المبكرة ليتمكن المريض من أن يعبر عن الانفعال الشديد المرتبط بالصدمة. ويتم الكشف عن الذكريات اللاشعورية، من خلال الاستلقاء على أريكة التحليل فى عملية تداعٍ حر، وهو أسلوب يتطلب من المريض أن يتحدث عن كل شىء يدور بذهنه مهما بدا هذا الشىء تافهًا أو لامنطقيًا أو مخجلاً.

ومن خلاله يتم الكشف عن العمليات اللاشعورية المبكرة الكامنة وراء المرض، وبالتالى يتم التوصل للاستبصار بالمرض ثم علاج الأعراض تلقائيًا. أى أن المحلل النفسى:

١ ـ لا يهتم بالأعراض المريضة التى يذهب بها المريض، بل يعتقد أن هذه الأعراض تعبر عن مشكلات أخرى أعمق هى التى يجب أن يتجه إليها العلاج.

٢ ـ يعتقد أن المرض النفسى إحياء ـ من خلال الأعراض ـ لذكريات لاشعورية حقيقية فى أعماق الذهن.

٣ ـ يؤمن بأن جذور المشكلة لا تمتد للآن ولكن للماضى.. لخبرات الطفولة والعلاقة المبكرة بالوالدين فى السنوات الخمس الأولى من العمر.

٤ ـ أما ماذا يحدث فى أثناء الطفولة، فالأمر ـ فى ضوء نظرية التحليل النفسى ـ أكثر تعقيداً من أن نلخصه فى هذا الفصل. ذلك لأن المحللين أنفسهم لم يتفقوا على طبيعة الإحباطات التى يواجهها الشخص فى حياته مبكراً، ولا على طبيعة التفاعلات الشديدة بين الشخص ووالديه. وفى أحوال كثيرة كان المحللون النفسيون يجنحون نحو تأملات نظرية تختلف من محلل إلى آخر. غير أن المحللين النفسيين استعملوا كثيراً مفاهيم مثل عقدة أوديب، واختلافاتهم بالنسبة إلى هذا المفهوم أقل بكثير من اختلافاتهم عن غيرها. وقليل جداً من القراء هم الذين لم يسمعوا أو يقرءوا عن مفهوم عقدة أوديب، والتى تعود فى جذورها لأسطورة يونانية استخدمها فرويد لبسط آرائه المختلفة فى التحليل النفسى. وبمؤدى هذه العقدة يعتقد فرويد أن كل صغير يمر بفترة يقع خلالها فى حب أمه، والرغبة فيها جنسياً، غير أنه يقمع ويكبت هذه الرغبة لخوفه من أبيه الذى يصبح منذ الآن مصدراً لكراهية الابن وغيرته. وتكون الأعراض العصابية التى يواجهها الشخص فيما بعد مثل المخاوف المرضية، أو الخوف من مصادر السلطة، أو التعلق بمن هن كبيرات فى السن.. إلخ، تعبيراً لاشعورياً عن تلك العقدة التى حدثت من قبل.

ربما تكون هذه العناصر الرئيسية التى تمثل هيكل نظرية فرويد فى الأمراض وعلاجها. وربما قيل دفاعاً عن نظرية التحليل النفسى بأن هذا العرض لا يوضح كل جوانب النظرية. وهذا صحيح، لأن هناك تفاصيل أخرى شائقة فى نظرية التحليل النفسى، غير أنها لا تعتبر من الأفكار الجوهرية كتلك التى ذكرناها ملخصة. ومن ناحية أخرى، فإننا سنحاول تجنب كثير من الأفكار النظرية فى عرضنا هذا، إلا ما كان منها مستخدماً بالفعل فى الممارسة العملية المفيدة للعلاج.

وأياً كان الأمر، فإن فاعلية نظرية التحليل النفسى قد بدأت تضعف فيما أشرنا. وهناك أسباب كثيرة لذلك: منها أن التحليل النفسى يترك كثيراً من

الأرواح معلقة فى لحظة توازن طويل المدى. لكن الحياة تتحرك بشكل أسرع بكثير من هذا التوازن التحليلى. لنفرض أن شخصًا جاء يشكو من الضعف الجنسى الذى حوَّله لشخص مكتئب تنتابه كثير من المخاوف فى صورته عن ذاته، وطلبنا منه ـ بدلاً من أن نقدم علاجًا فعالاً لضعفه الجنسى ـ أن يستلقى على أريكة يقص تاريخه، ويحكى مشكلاته القديمة والحديثة. فما الذى يجنيه هذا الشخص من هذا؟ إننا لا يمكن أن نتصور أن نكون بهذا الأسلوب دعاة الشفاء الحقيقى له من ضعفه.

فما الذى سيحدث لعلاقته بزوجته طوال هذه الفترة؟ وماذا عن صديقات الزوجة والأخريات اللائى تقابلهن بسبب تعاستها الزوجية؟ وأكثر من هذا، فما الذى يحدث بعد جلسات مقدارها ألف ساعة على الأقل من التحليل والاستلقاء على أريكة التداعى الحر؟ إنه قد يستمر فى ضعفه الجنسى لنفس الأسباب القديمة. وماذا لو اكتشف المعالج أنه يعانى من عقدة أوديبية هى التى تكف رغبته الجنسية فى الزوجة (فيراها على أنها رمز للأم). إننا بعد هذه السنوات الطويلة لا نستطيع تغيير بناء علاقته بالأم بعد مرور ٣٠ أو ٤٠ عامًا. فلِمَ المحاولة؟ إن حركة الحياة إذًا أسرع من أن يكون مصير الإنسان مرتبطًا بمجموعة من الأفكار النظرية التى تخالفها فى أحيان كثيرة شواهد الواقع.

ويرى آخرون أن التطور والانتقال من آراء فرويد إلى الأساليب الحديثة فى العلاج يرجع جزئيًا إلى اشتعال الحرب العالمية الثانية. فقد وجد المعالجون أنفسهم مرغمين على ابتكار وسائل سريعة، وبسيطة تساعد على اقتصاد الجهد والوقت لحل مشكلات المجندين والمواطنين الذين كانت تلقى بهم الحرب ومخاوفها فى حالات انهيار عصبى بأعداد متزايدة. فمنذ الحرب العالمية الثانية أصبحت التيارات الحديثة فى العلاج النفسى والسلوكى تمثل قوة حقيقية فى مواجهة الأساليب الفرويدية التقليدية. وأمكنها ـ بالفعل ـ أن تقدم مساهمات فعالة فى علاج الكثير من المشكلات والأمراض التى تغطى مجالات مختلفة من الاضطرابات، كحالات القلق، والاكتئاب والشعور بالوحدة، والبرود الجنسى، والعجز الجنسى، والمخاوف المرضية، وغيرها من اضطرابات يلاحظها القارئ

كلما تقدم فى قراءة فصول هذا الكتاب. وباختصار، فقد أصبحت لدينا الآن وسائل علاجية متعددة لمواجهة كثير من الاضطرابات النفسية التى كان يبدو أن الأسلوب الوحيد الذى ينجح فيها هو أسلوب التحليل النفسى، أو إعطاء مجموعة من العقاقير المهدئة.

وربما يوجد أيضًا عامل آخر ساعد على تطور حركة العلاج النفسى، وانتقالها إلى قنوات جديدة، هو التطور الثقافى والعلمى للمعالجين النفسيين أنفسهم، وتطور نظريات علم النفس الحديث. إذ يبدو أن تطور نظرية التعلم بتركيزها على التفكير العلمى واستخدام المنهج العلمى والدراسة التجريبية قد أدى إلى تراكم بعض الحقائق التى تلائم الواقع. وبهذا وجد المعالجون منطلقًا أكثر أمانًا يساعدهم على مواجهة المشكلات المرضية وحلها فى قليل من الوقت، وبقلة فى النفقات، وقلة فى الجهد المبذول فى عملية العلاج مع الفاعلية فى ذلك.

وربما يكون التغير فى الثورة الحديثة على تقاليد التعبير الجنسى التى أخذت تجتاح المجتمعات الغربية هو المسئول عن انحسار تأثير أفكار فرويد. فالتأكيد الفرويدى على اللاشعور الجنسى كحجر الزاوية فى الكثير من المشكلات الإنسانية، كان مفيدًا عند أول ظهوره. وكان موضوعًا له إغراؤه وله قيمته فى شد الانتباه، بخاصة إذا قدم ذلك بطريقة فرويد الأدبية المثيرة. فقد كان المجتمع البرجوازى الذى عاش فيه فرويد يعمل على قمع كل ما يختص بالثقافة الجنسية أو النقاش العلنى فيها. لقد كان الجنس سرًا غامضًا من أسرار المجتمع. وكان لغزًا وزادته إلغازًا عمليات القمع الأخلاقية والاجتماعية. وعلى هذا فإذا كانت تظهر مشكلة فى حياة فرد ما، فقد كان يسهل دمجها فى عملية أخرى ذات استسرار غامض وهى الجنس. فالفرد يشعر بالوحدة، أو الغضب، أو الاندفاع،أو الاكتئاب والسبب غامض ـ وإذًا فالسبب مشكلة جنسية عميقة الجذور. وقد جاء «فرويد» فى هذا المناخ الاجتماعى يناقش الجنس ومشكلاته بطريقة مباشرة ومثيرة للتحدى. وبهذا أصبح من الطبيعى أن يكون الانجذاب لكتابات فرويد وأفكاره مظهرًا من مظاهر التغير والثورية على قيم بالية.

أما الآن فلم تعد أسرار الجنس خافية. ولم تعد نظرة الناس إليه النظرة نفسها التى يحوطها الغموض. ولم يعد أثيرًا لدى الناس ـ سواء أكانوا معالجين أو طالبين للعلاج ـ أن يفسروا مشكلات البشر ذات الجذور الغامضة فى ضوء لم يعد بعد غامضًا.

ما تتميز به الأساليب الحديثة من العلاج

وتختلف الأساليب الحديثة عن التحليل النفسى فى أنها تهتم بشكل الأعراض بصورتها الراهنة وكما يعانى منها الشخص. فالمعالج لا يبحث عن الخوف المرضى فى ذكريات الطفولة وعالم اللاشعور، ولا يعالج الخوف من خلال تصور أن الخوف نتيجة لمشكلة أعمق. إنه يعالج الخوف نفسه كما يشكو منه مريضه. فهو يعتقد أن علاج الخوف سيؤدى بعد ذلك إلى تغيير الشخصية وليس العكس(*). فالشخص بعد أن يتغلب على مخاوفه سيتسع نطاق الصحة النفسية أمامه، سيكتسب ثقته بنفسه، وستتغير أفكاره اللامنطقية عن طبيعة أعراضه.

والأساليب التى يستخدمونها لذلك مباشرة، وتركز على الشكوى، أو العَرَض فى اللحظة الراهنة. **هذا ـ وهنا ـ والآن:** ذلك هو المنطلق الأساسى لنظريات العلاج الحديثة. فهى ـ إذًا ـ تركز على هذا العرض، أو الشكوى المباشرة (خوف ـ اكتئاب ـ قلق) كما يحدث (هنا) فى هذا الموقف أو ذاك بشكل خاص (خوف من أماكن مغلقة، خوف من أماكن متسعة، قلق من الجنس الآخر، قلق امتحانات، قلق مع الرؤساء.. إلخ)، وكما تحدده النتائج المباشرة للعرض فى البيئة (الآن) وليس بالرجوع للشهور والسنوات المبكرة من العمر(**).

(*) هناك دراسات تربو على المئات وتبين أن التخفف من الأعراض المرضية يؤدى إلى مزيد من الثقة بالنفس، والإيجابية الاجتماعية، وقليل من القلق والسلبية. أى أن علاج الأعراض يغير من نمط الشخصية ومن سمات لم تكن موضوعًا للعلاج.

(**) يرى الفرويديون أن هذه الأساليب قد تمثل تهديدًا لتطور العلاج النفسى ـ فتجاهل المشكلة وعلاج الشكوى المباشرة (العرض) شبيه ـ فى تصورهم ـ بإعطاء نقاط للتخفيف فقط من التهاب حاد فى اللوزتين مثلاً. ويتفق المعالج الحديث فى بعض الجوانب مع هذا ولا يعارضه. وسنرى فيما بعد أن المعالج يميز بين الشكوى الثانوية والمشكلة الرئيسية، ولكن بمفاهيم وتصورات مختلفة عن التحليل النفسى. كما أن المعالج الحديث يهتم بخلفية المشكلة عندما يكون السبب عضويًا. فعلاج «التهتهة» أو نقص إفراز غدة من الغدد قد يكون ضروريًا لتخفيف حدة القلق. أما فى الحالات الأخرى كالاكتئاب فإن علاج العرض كعرض أمر ضرورى.

لنتناول - على سبيل المثال - حالة السيدة التى تخاف من الأماكن المغلقة التى بدأنا بها هذا الفصل. فقد يستخدم المعالج الحديث بعض أساليب التحليل النفسى لا ليعرف ما وراء العرض، ولكن لكى يكتشف بداية تكون المرض (الفوبيا)، ثم قد يقوم بتشجيع المريضة على مغالبة نواحى ضعفها. ولكنه بجانب هذا قد يعرض المريضة تدريجيًا، لأماكن مغلقة تبدأ أولاً بالأماكن التى لا تستثير إلا قدرًا قليلاً من الخوف (كمنازل الأقارب والأصدقاء)، ثم الانتقال بها بنفس التدريج إلى الأماكن التى تستثير القدر الأكبر من الخوف والجزع. وبالطبع لا يتم ذلك ما بين يوم أو ليلة، وإنما على مدار فترة العلاج(*)؛ حتى يرسخ الاطمئنان فى المواقف الأقل استثارة للقلق حتى الوصول لأكثرها استثارة له.

ففى حالة هذه السيدة إذًا يكون الاهتمام هو الخوف المرضى ذاته وليس ما وراءه من صراعات لاشعورية محبوسة منذ الفترات المبكرة من العمر. ويتجه العلاج مباشرة نحو هذا الخوف وليس علاجه بطريقة غير مباشرة بتغيير الشخصية ككل كما يصر الفرويديون على ذلك.

وتختلف الأسس النظرية التى ينطلق منها المعالجون المعاصرون.. فهى عند البعض تكون نابعة من أفكار نظرية التعلم كما أثّرتها عبقرية العالم الروسى الفذ «بافلوف»، ثم واطسون فيما بعد. وعند البعض الآخر يكون المنطلق النظرى نابعًا من نظريات العالم الأمريكى المعاصر «سكينر». وقد يكون المنطلق من نظريات الشخصية، أو نظريات التفكير.. إلخ. ومع أن الأسس النظرية ـ فيما يبدو ـ تشكل موضوعًا مثيرًا للجدل بين المعالجين النفسيين هذه الأيام، فإن اهتمامنا فى هذا الكتاب غير موجه إلا فى القليل نحو الأسس النظرية.. قد نتعرض لهذه النظرية أو تلك ولكن لكى نضع إصبع القارئ على العوامل التى تجعل من أسلوب معين صاحب فاعلية أكبر من أسلوب آخر.

فضلاً عن هذا، فإن هناك ما يدل على أن الفرق بين معالج ناجح وآخر أقل نجاحًا لا يكمن فى المنطلق النظرى لكل منهما بقدر ما يتوقف النجاح على عوامل

(*) تكون فترة العلاج أقل بكثير من فترات العلاج التى يتطلبها التحليل النفسى.. ففى العلاج السلوكى قد يستغرق العلاج ستة أشهر، أما عن طريق التحليل النفسى فيستغرق ما بين ثلاثة وخمسة أعوام.

أخرى كثقة المعالج بنفسه، وانخفاض مستوى قلقه وقدرته على ابتكار طرق تدفع مرضاه للتحسن والعلاج، وتكوين علاقات دافئة بهم* *.

تنوع الأساليب العلاجية بحسب تنوع

آثار الاضطراب على الشخصية

وعلى الرغم من تركيز المعالج الحديث على شفاء الأعراض المباشرة، فإن هذا لا يعنى أنهم ينظرون للمرض النفسى نظرة تجرده من طبيعته المعقدة والمركبة. ولا نبالغ إن قلنا بأن كل المعالجين الآن، بمن فيهم المعالجون السلوكيون، يعلمون أن الاضطراب النفسى عندما يحدث يؤثر فى مختلف جوانب الشخصية وهذا ما يجعله ذا طبيعه مركبة. وحتى لو لم يصرح المعالج أحيانًا بهذا فى كتاباته (بسبب منطلقاته النظرية)، فإنه فى الممارسة العملية لا يغفل عن تلك الطبيعة المركبة للاضطراب النفسى، وتكون محاولاته متجهة إلى هذا نحو إحداث التغيير فى الشخصية بأية طريقة ملائمة، وبأى مدخل مناسب.. وقد يستخدم فى ذلك بعض الأساليب التى تمده بها نظريات علاجية لا تتفق ظاهريًا مع نظريته. ومن ناحيتنا نعتقد أن تصنيف مدارس العلاج النفسى إلى مدرسة سلوكية أو فرويدية قد لا يكون ملائمًا دائمًا. قد يكون الملائم هو تصنيف الأساليب العلاجية بحسب فاعليتها فى إحداث آثار علاجية فى هذا الجانب أو ذاك من الشخصية المضطربة. ولما كنا نعتقد بأن الاضطراب النفسى عندما يثور يكون متعدد الجوانب من حيث آثاره على الشخصية فيصيب بالاختلال: الوظائف **الوجدانية**، **والسلوكية** الظاهرة، وأساليب **التفكير**، وأساليب **التفاعل الاجتماعى**، فإن تصنيف المناهج العلاجية بحسب فاعليتها وتركيزها على تعديل كل جانب من هذه الجوانب قد يكون أفضل. وعلى هذا، فمن الممكن تصنيف الأساليب العلاجية إلى أساليب لتعديل الوجدان، وأساليب لتعديل السلوك، وأساليب لتعديل التفكير فضلاً عن أساليب تعديل أساليب التفاعل الاجتماعى.. وفيما يلى بعض التفاصيل عن كل جانب منها:

١ ـ يتعلق الجانب الوجدانى أو الانفعالى من الاضطراب بدرجة تجعل الشخص أسيرًا لعدد من الانفعالات السلبية بالنسبة إلى موضوع الاضطراب، كالخوف من الأماكن المغلقة، أو القلق مع الجنس الآخر.. أو الخوف من نماذج السلطة.. إلخ. ويعتبر أسلوب **العلاج التدريجى** - الذى ستأتى الإشارة إليه فى الفصل الثالث - نموذجًا للأساليب المستخدمة فى تعديل الانفعالات والمشاعر السلبية. ويقوم العلاج التدريجى على أساس تعويد المريض على مواقف تتشابه مع الموقف الأصلى المثير للقلق. ويُستخدم هذا الأسلوب لإزالة الحساسية المبالغ فيها نحو عدد من المخاوف المرضية النوعية. وتتم إزالة الحساسية المبالغ فيها (الجانب الوجدانى ـ من الاضطراب)، بأن تُستبدل باستجابات الخوف والقلق نحو هذه المواقف استجابات تنفى تلك المشاعر السلبية وتعارضها. ولتيسير نجاح العلاج يستخدم الاسترخاء العضلى العميق (الفصل الخامس) للتغلب على الاضطرابات الفسيولوجية (التوتر العضلى) المصاحبة للإحساسات والمشاعر المرضية.

ومن الأساليب التى تنتمى إلى تعديل الوجدان **أساليب تأكيد الذات**، وتقوم على تشجيع الفرد وتيسير الظروف له لكى يعبر عن انفعالاته بحرية وبتلقائية، ما عدا التعبير عن القلق والجوانب الوجدانية السلبية (الخوف والانسحاب.. إلخ).

٢ ـ أما الجانب السلوكى للاضطراب فيتعلق بالتورط فى سلوك ظاهر كالإدمان، والعدوان، وتدمير الممتلكات، ويتفاوت السلوك الظاهرى فى التعبير عن الاضطراب من سلوك لفظى (كضعف معدل الكلام، أو البكم فى حالة الطفل التى أشرنا إليها) إلى الاندماج فى جوانب فعلية من السلوك المضطرب كإيقاع العدوان بالآخرين، أو الإدمان على المخدرات.. إلخ. ويعتبر **العلاج بالتنفير** نموذجًا لأنواع العلاج المستخدمة حاليًا. ويقوم على أساس تقديم خبرات غير سارة عند ظهور السلوك الذى ترغب فى التخلص منه أو علاجه، فمثلاً يُعالج الإدمان على الخمور بإعطاء المتعاطى عقاقير مسببة للغثيان بعد التعاطى مباشرة وذلك كالأپومورفين Apomorphine، ويُعالج التبول اللاإرادى باستخدام ما يُسمى «سرير ماورر»[١٤] الذى صممه العالم النفسانى الأمريكى Mowerer.

وهو سرير عادى يرقد عليه الطفل لكنه مصمم بحيث إن أى بلل فيه يؤدى إلى إغلاق دائرة كهربائية، تتصل بجرس كهربائى يدق بعنف فيوقظ الطفل قبل أن ينتهى من تبوله. وقد وجد أن كثيرًا من الحالات قد عولجت بهذا الأسلوب وبلغت نسبة الشفاء ما يقرب من ٩٠٪ من حالات التبول. وعلى الرغم من أن كثيرًا من المعالجين يعارضون هذا النوع من العلاج ويصفونه بأنه علاج آلى وأعمى، إلا أن فاعليته فى بعض الحالات لا شك فيها. وهناك شكل آخر من العلاج الموجه نحو تعديل الجوانب السلوكية من الاضطراب، ويُسمى بتعديل السلوك أو استخدام التدعيم. فى هذا النوع من العلاج يتعلم الفرد الاستجابة التوافقية الجيدة عن طريق تدعيمها. وكذلك يمكن إيقاف الاضطرابات وتعديل الجوانب الشاذة من سلوكه (عدوان أو انسحاب.. إلخ). عن طريق التوقف عن التدعيمات التى تقدمها البيئة (بشكل مقصود أو غير مقصود) لهذا النوع من السلوك. وينجح الشخص فى إيقاف السلوك السيئ إذا ما أُلغيت الرابطة بين السلوك المضطرب ونتائجه فى البيئة. وتعتمد هذه المجموعة من أساليب العلاج على بحوث سكينر (Skin-ner).[١٢٨] وسنعرض فى الفصل السابع لأسس التدعيم وكيفية إجرائه.

٣ ـ أما الجانب الفكرى من الاضطراب فيشير - ببساطة - إلى مجموعة الأفكار والمعتقدات والحجج (وربما القيم التى يتبناها الشخص) نحو ذاته ونحو بيئته بحيث تؤدى فى النهاية إلى إثارة الاضطراب، أو تأكيده. فقد يتبنى الشخص الانسحابى فلسفة تقوم على أن البعد عن الناس غنيمة، وقد يتبنى الشخص الاعتمادى فلسفة تقوم على أن الإنسان محكوم بالحظ والبيئة والسلطة، فلِمَ المحاولة؟ وهو فى ذلك يساعد على إبقاء أساليبه الشاذة فى التوافق، ويبعد نفسه عن اختبار جوانب جيدة من السلوك الفعال والإيجابى. ويلعب الجانب المعرفى دورًا كبيرًا فى الاضطرابات ذات المصدر الاجتماعى كالتعصب العنصرى.*** فقد أظهرت البحوث أن المتعصبين يتبنون حججًا نحو موضوعات تعصبهم لا تتناسب مع الواقع. من هذا أن البِيض فى أمريكا يتبنون اعتقادات عن السود بأنهم أشبه بالحيوانات، وأنهم كسالى وعدوانيون.. ويقوى هذا من تعصبهم نحو الزنوج. وكذلك يتبنى السود المرتفعون فى التعصب آراء سلبية عن البيض بتصور

أن البيض ضعاف جنسيًا ومتعصبون؛ مما يوقعهم (أى السود) فى ضروب من الإحراج والسلوك غير الملائم نحو النساء البيض.. إلخ. وهناك بحث أيضًا يدل على أن «الروس» كانوا يعتنقون صورة سلبية عن الأمريكيين، قريبة من الصورة نفسها التى أعتنقها الأمريكيون عن الروس(٤٢). ويقوم العلاج من هذا النوع على التعديل من طريقة إدراك المواقف وأفكارنا عنها مع تحليلها وتفسيرها. ومن أكثر النماذج المعاصرة لهذا النوع من العلاج ما يسمى بأسلوب العلاج عن طريق الدفع المتعقل Rational- emotive therapy، أو العلاج المنطقى الذى يدعو إليه العالم الأمريكى ألبرت أليس Ellis صاحب معهد العلاج المنطقى فى نيويورك. وفى هذا النوع من العلاج يقوم المعالج بالاستعاضة عن أفكار المريض غير المنطقية عن نفسه، وعن الآخرين بأفكار منطقية تتناسب مع الصحة النفسية. وقد توصل «أليس» إلى عدد من الأفكار التى تشيع بين العصابيين والذهانيين بينما لا تشيع بين الأسوياء.. وسنعرض لها فى الفصل الثامن كما سنعرض لأهم الطرق المستخدمة فى التعديل من طرق التفكير اللامنطقية (انظر ٥٣، ٥٤، ٥٥). وهناك أيضًا أساليب تقوم على تبصير المريض عقليًا بنتائج أفعاله وصراعاته. ولكن الأدلة على فاعلية الاستبصار فى تفسير السلوك ضعيفة للأسف.. فالاستبصار قد يزداد نتيجة للعلاج، ولكن وجوده قبل العلاج لا يؤدى لتغييره كثيرًا. فكثيرًا ما يشكو الشخص بأنه يفهم تمامًا الأسباب الأساسية لصعوباته، لكنه يعجز عن التخلص من الأعراض. وقد خصصنا الفصل السابع لهذا النوع من أساليب التعديل المعرفى.

ومن الأساليب التى تنتمى إلى هذه الفئة هذا النوع من العلاج الذى ينتهى بأن يعيد الشخص النظر لنفسه بطريقة إيجابية ومختلفة. فيتغير إدراكه لذاته، وعندما يتغير إدراك الذات يتغير السلوك ، ويتم هذا بعدة طرق منها: تغير طريقة اللبس والوضع الاجتماعى، أو التدعيم الإيجابى للجوانب الإيجابية فى الشخصية. ومن الحالات التى استُخدم فيها هذا الأسلوب بنجاح: حالة فتاة غير جذابة، مكتئبة وباهتة الشخصية، أخذ مجموعة من الطلاب يعاملونها ـ وفق خطة من العلاج ـ على أساس أنها شخصية جديرة بالاعتبار، وشديدة الحيوية

والجاذبية والذكاء. وقبل نهاية العام استطاعت أن تكون أسلوبًا سهلاً فى التعامل مع الآخرين، كما استطاعت أن تكون أكثر جاذبية وثقة فى إمكاناتها(٥). وعندما ينجح الشخص فى تكوين أسلوب معين فى إدراك الذات فإن هذا يؤثر فى شخصيته ككل. فيتصرف بطريقة تتسق مع الصورة التى يحملها عن نفسه. وقد يعنف، ويكتئب إذا لم يتبنَّ الآخرون السلوك المناسب نحوه. وتزداد فاعلية علاج التفكير إذا ما حدثت معه شروط أخرى، منها: احترام المريض للمعالج، والثقة فى إمكاناته، ووجود دافع التغير لدى الشخص نفسه، وأن يكون الشخص نفسه مرنًا وذكيًا، ويؤمن بالنتائج التى سينتهى لها هذا التغيير.

٤ ـ أما الجانب الاجتماعى من الاضطراب فيشير إلى الاضطرابات التى تصيب تفاعلات واستجابات الفرد الاجتماعية. ويعتبر الجنوح والجنسية المثلية، نموذجين للاضطرابات الاجتماعية. ومن المعتقد(٣٧) أن السلوك المضطرب ينشأ نتيجة لعملية اضطراب فى تعلم السلوك الاجتماعى الجيد. وهناك نظرية ترى أن التوحد بالآخرين واتخاذهم قدوة يعتبر من المصادر المهمة فى اكتساب أشكال السلوك التى يتبناها الفرد. فإذا كانت القدوة نفسها أو النموذج الذى يحتذيه الشخص كالأب ناجحًا وقويًا، كان من السهل أن يكتسب الفرد خصائصه السلوكية، والعكس صحيح. ومن المعروف أن بعض أشكال الجريمة، والجُناح تحدث بسبب أنواع خاطئة من التعلم الاجتماعى مصدرها توحد الطفل بنماذج جانحة.

وتتوقف نتائج التعلم الاجتماعى بطريق التوحد بالنماذج****، على السلوك الذى تتوحد به. فقد يتوحد الطفل الذكر بالأم ـ دون الأب ـ لكثرة غياب الأب، أو موته وبعده عن الأسرة، وعندئذ يصعب عليه تعلم الأدوار الاجتماعية الذكرية فتسهل فرصته فيما بعد لاقتناص الانحرافات الاستجناسية (اللواط)، وعندما يحدث التوحد بأحد الوالدين من الجنس نفسه ـ كما هو شائع فى المجتمعات ـ فإن الطفل يتجه ليتبنى الدور المناسب بما فيه النزعة إلى العدوان كما فى حالة الأطفال الذكور، وتزداد نسبة الجنوح والعدوان بين الأولاد الذين يتوحدون بنماذج عدوانية جانحة (انظر أيضا ١٦).

وعلى الرغم من أهمية عمليات العلاج القائمة على التعليم الاجتماعى، فإن فاعليتها - فيما يبدو - تتوقف على أنواع معينة من الاضطراب. فعندما يكون الاضطراب النفسى من النوع الذى يسلك الشخص بمقتضاه ضد الآخرين (كالجريمة، والانحراف)، فقد يسهل تعلم الاستجابات الملائمة من خلال عرض نماذج لجوانب جيدة من السلوك. غير أن الاضطراب عندما يكون متحولاً ضد الذات (كالقلق والاكتئاب والانتحار)، فإن من الصعب وضعه تحت ضبط العلاج من هذا النوع. فأنواع الاضطراب الموجه نحو الذات تنشأ بسبب عمليات تعلُّم أخرى لا تصلح لها الطرق العلاجية السابقة انظر: (أرجايل ١٦ وباندورا ٣٧، جولد فريد ٦٦).

استخدام العقاقير والأساليب الفيزيقية فى العلاج

بدأ استخدام العقاقير فى علاج الاضطرابات النفسية منذ فترة مبكرة، إلا أن استخدام العقاقير أصبح منذ الخمسينيات من أكثر الأساليب انتشارًا فى داخل المصحات العقلية. والحقيقة أن المرضى العقليين أصبحوا أكثر تعاونًا بعد اكتشاف العقاقير، وتزداد أهمية العقاقير بالنسبة إلى حالات المرض العقلى ربما بسبب أن العوامل العضوية تلعب دورًا مهمًا فى نشأة الاستعداد للانهيار العقلى. وقد أدى أنتشار العقاقير إلى زيادة فى نسبة الخروج من المستشفيات ونقص فى عدد النزلاء بالمستشفيات الأمريكية للطب العقلى. لكن نسبة العودة إلى المستشفيات والتردد على المصحات النفسية فى فترات قصيرة قد ازدادت.

وفى حالة القلق والاضطرابات الوجدانية الأخرى كالاكتئاب غالبًا ما يصف الأطباء كثيرًا من المهدئات كالڤاليوم والباريبتوراتس، والأدوية التى تبعث على النوم.. إلخ. وفى إحصائية إنجليزية تبين أن تكاليف المهدئات والعقاقير الطبية تصل إلى ما لا يقل عن ١٠٠ مليون جنيه إسترلينى فى العام[١٦]. ولا شك فى أن العقاقير تؤدى إلى تغيرات سلوكية واضحة. فالمهدئات التى تستخدم مع المرضى العقليين تحول المهتاجين والعدوانيين إلى أشخاص هادئين. وتخفف العقاقير المضادة للقلق من التوترات العضلية، وتساعد على النوم، والقابلية للتغير

الإيجابى. لكن العقاقير لا تؤدى إلى تغييرات علاجية شاملة، لهذا فلا بد أن تصحبها أساليب علاجية أخرى وبرامج وقائية. كما أن من أخطر ما يمكن أن تؤدى إليه هو الإدمان عليها. وتُعتبر المهدئات هى وحدها ـ بين فئات العقاقير الأخرى ـ القادرة على خلق إدمان واعتماد جسمى عليها. وهناك أيضًا العقاقير المنبهة كالأمفيتامين، وهى تُستخدم للارتفاع بالحالة المزاجية ولزيادة التيقظ، ويستخدمها كثير من الطلاب لإعانتهم على السهر بالليل، كما يستخدمها الرياضيون لتعينهم على حسن الأداء(٢٤). وعلى الرغم من أن «الأمفيتامينات» لا تؤدى إلى الإدمان الجسمى فإنها تخلق اعتيادًا نفسيًا. ويؤدى استمرار استخدام العقاقير على المدى الطويل إلى التوتر والأرق، والارتعاشات وغيرها من الاضطرابات النفسية (انظر ٧، ٨، ٩، ١٤، ١٥، ١٠٤).

ومن المتفق عليه ـ بشكل عام ـ أن العقاقير - فى عمومها - لا تعالج المشكلات ولكن تحقق هروبًا مؤقتًا منها ـ ومن ناحية أخرى، فإن العقَّار الواحد «الڤاليوم» مثلاً، يؤدى إلى استجابات مختلفة فى الأشخاص المختلفين فقد يثير شعورًا بالبهجة والانتشاء عند البعض، وعند البعض الآخر يؤدى إلى عكس ذلك الإحساس ـ تمامًا ـ لذلك فإن إعطاء عقار معين يجب أن يكون مصحوبًا بفهم عميق لطبيعة الشخصية وخصائص المريض وتركيبه النفسى.

وترتبط بالإدمان مشكلة أخرى يثيرها استخدام العقاقير فى العلاج، وهى مشكلة الإفراط فى تعاطى كميات أكبر من العقار نفسها للوصول إلى الحالة نفسها التى كانت تكفى للوصول إليها كميات أقل فى بداية التعاطى. فالشخص قد يكتفى فى البداية بثلاثة ميلجرامات من «الڤاليوم» للوصول به إلى حالة من الاسترخاء والهدوء النفسى: ولكن يتحول تدريجًا إلى كميات أكبر حتى يصل إلى نفس الحالة التى كانت تكفى للوصول إليها كميات أقل.

وفى اعتقادنا أن الأمر إذا تطلب استخدام عقاقير على الإطلاق، فإنه لا بديل للمواجهة للمصادر الرئيسية لمصادر الاضطراب والخطأ، مع استخدام أساليب جديدة من التعلم لمواجهة المشكلات النفسية والاجتماعية، والتدريب على فنون

العلاقات الاجتماعية، والتفاعلات البناءة بالآخرين.. كل ذلك يجب أن يتم جنبًا إلى جنب مع أشكال العلاج بالعقاقير****.

وهناك العلاج **بالتشنجات الكهربائية** التى تقوم على وضع قطبين كهربيين على فودَى المريض مع تمرير تيار كهربائى خلال المخ. وعلى الرغم من أن العلاج بالصدمات الكهربائية يبدو مفيدًا فى علاج بعض الحالات كالاكتئاب الحاد.. فإن تأثيره مؤقت، وتتحول نسبة كبيرة من الأشخاص إلى الحالة نفسها بعد فترة من الزمن. كذلك من الثابت أن الاستمرار فى العلاج بطريق الصدمات الكهربائية يؤدى على المدى الطويل إلى آثار جانبية تكون أخطر من الاضطراب الأصلى. من هذه الآثار الجانبية: الإصابات المخية وضعف الذاكرة ، وفقدان القدرة على الاتجاه.. وقد ناقشنا هذه القضايا فى الفصل الثالث.

الخلاصة

يعتبر اكتشاف الأساليب الحديثة فى العلاج، ثورة شهدتها الأعوام الأخيرة، فلم يعد من الضرورى أن يتحول آلاف المضطربين إلى مرضى مزمنين. وقد عرضنا لعدد من أساليب العلاج محاولين أن نبين أن هناك مناهج تستخدم بنجاح فى علاج بعض الاضطرابات دون البعض الآخر الذى تصلح له مناهج من نوع آخر. وهكذا فعندما يكون الاضطراب مصحوبًا بمخاوف مرضية أو قلق من مواقف محددة، فإن استخدام أساليب التدريج وتأكيد الذات وغيرها من أساليب تعديل الاضطراب الوجدانى، تنجح نجاحًا بالغًا فى التخلص من مصادر الاضطراب، وتكون أساليب التعديل السلوكية من أحسن الوسائل فى علاج الاضطرابات التى تكون متجهة ضد الآخرين كالعدوان وتدمير الملكية.. إلخ؛ كذلك ينجح فى حالات تعديل سلوك الأطفال عندما تكون الأعراض واضحة ويسهل تحديدها. على حين أن الأساليب التى تتجه إلى تعديل قيمنا وأساليبنا الفكرية والمعرفية الخاطئة تفيد أكبر فائدة فى تناول الاضطرابات التى تكون

(*) بخاصة ذلك النوع من الاغتراب المصحوب بالعزلة الاجتماعية وعدم الحماس للقضايا الاجتماعية والعزوف عن المشاركة فى حلها.. إلخ. والاغتراب هنا - بالطبع - يختلف عن المفهوم الفلسفى الذى يرى أن الاغتراب يعبر عن موقف فكرى يتبناه الشخص تجاه تناقضات الحياة والظلم الاجتماعى.

الأعراض فيها متجهة ضد الذات كالاغتراب(*)، والاكتئاب، والشعور بالنقص.. إلخ. كذلك تصلح هذه الأساليب فى علاج بعض الاضطرابات الاجتماعية التى تلعب الأفكار الخاطئة دورًا كبيرًا فى تدعيمها مثل التعصب والتحامل. على حين أن الأساليب المتجهة نحو تعليم أساليب جيدة من التفاعل الاجتماعى تكون فعالة فى علاج الحالات التى يكون منشأ الاضطراب فيها راجعًا لأخطاء فى التوحد بنماذج شاذة وغير ملائمة لاكتساب السلوك الجيد، وذلك كما فى حالات الاضطرابات الاستجناسية والجُناح.. إلخ.

أما عن **الوقاية**، فإن الجهد الذى يتم فى هذا الميدان قليل، ولو أن من الممكن استخدام الأساليب المتعلقة بتحسين الوراثة بخاصة فى حالة الوقاية من الاضطرابات العقلية كالفصام. وهناك جهد أكبر يمكن أن يتم بالنسبة إلى تعليم الوالدين أساليب مناسبة من التنشئة. كما يمكن التخلص من تأثير الأزمات البيئية بخلق مناخ وقائى يؤدى إلى التخفف من الضغوط المرتبطة بجو العمل عن طريق الإرشاد والتوجيه. ومن طرق الوقاية انتشار الثقافة، والمعرفة بالظروف المؤدية للاضطراب، بحيث يُعامل المضطربون بقدر كبير من المشاركة الوجدانية والمودة. بدلاً من العزلة؛ لكن خلق مناخ وقائى.. لا يغنى عن ضرورة وجود أساليب فعالة من العلاج المباشر للاضطرابات الفردية عندما تثور.. ويعرض كل فصل من الفصول الآتية منهجًا فى هذا الاتجاه.

تعليقات

* لا بد من الإشارة إلى أن هناك خلافات شاسعة بين المحللين النفسيين. فبينهم من يعترف بأن «فرويد» صاحب تفكير تقليدى، وبينهم من يرى أنه يربط نظريته بشكل متعسف بالجنس والعوامل البيولوچية.. ولهذا انشق عليه عدد من تلامذته مثل «يونج» و «أدلر» وحاول كل منهم أن يكون نظرية مختلفة.

لكن على الرغم من اعترافنا بالاختلافات الشديدة بين علماء التحليل النفسى، إلا أن هناك خاصية تجمعهم جميعًا وهى أن الأعراض فى رأيهم تعبر تعبيرًا غير مباشر عن «المشكلة الخفية». أما ما هى هذه المشكلة الخفية فهذا ما يختلف فيه أنصار التحليل النفسى. فهى عند فرويد مشكلة متعلقة بالتطور الجنسى والكبت فى الطفولة، وعند «أدلر» هى عقدة النقص.. إلخ. كذلك يشترك المحللون النفسيون فيما بينهم فى أن نظرياتهم لم تُبن على نتائج تجريبية، بل إن فرويد تجنب المعالجة التجريبية لأفكاره، مما يجعل من المستحيل وزن الدلالة العلمية لثبات ملاحظاته ودقتها.. ومثله فعل «يونج» و«أدلر» . وعلى الرغم من أن المحللين النفسانيين المعاصرين قد يندمجون بين الحين والآخر فى دراسات علمية لإثبات آرائهم؛ لكنهم - عموما - يتبنون أسلوبًا يستخف بالإحصاء، والتجارب العلمية.

للمزيد من الشرح عن نظرية التحليل النفسى والانتقادات التى وجهت لها انظر:

* هول ليندزى (المرجع ٢٩) نظريات الشخصية. ترجمة: فرج أحمد، قدرى حنفى، لطفى فطيم. الكويت: دار الشايع للنشر (بخاصة الفصل الثانى والثالث والرابع).

كذلك انظر لعدد من مؤلفات فرويد التى ترجم بعضها للغة العربية، منها:

جـ) سيجمند فرويد، معالم التحليل النفسى، ترجمة: محمد عثمان نجاتى، القاهرة، دار النهضة العربية (المرجع رقم ٢٨).

* * هناك عدة دراسات تبين أن شخصية المعالج بغض النظر عن انتمائه النظرى إلى هذه النظرية أو تلك تساعد على إعطاء دفعات قوية للعلاج، مما يدفع بعض المعالجين إلى

تركيز جهودهم فى البحث عن أساليب فعالة دون النظر إلى ارتباطها بنظرية نفسية معينة. وهناك أيضًا ما يدل على أن المعالجين الناجحين يتشابهون فى خصائص معينة مهما اختلف انتماؤهم النظرى، بينما تشابه الناجحون بالأقل نجاحًا فى داخل النظرية الواحدة بدرجة أقل من ذلك. وعلى هذا، فإن المعالج الناجح الذى ينتمى إلى نظرية التحليل النفسى يعتبر أقل تشابهًا بزميله الأقل نجاحًا فى (النظرية) نفسها وأكثر تشابهًا فى خصائصه من معالج ناجح ينتمى إلى نظرية العلاج الوجودى مثلاً. وقد تبين أيضًا أن الناجحين فى العلاج النفسى يتميزون بخصائص، منها: الدفء، والخلو من القلق، والثقة بالنفس، والقدرة على تكوين علاقة فعالة بمريضه (انظر المرجع ٥٨، ٦١).

* * * للمزيد عن العوامل الفكرية فى تأكيد التعصب انظر: (المرجع ١٦، ٣٣، ٤٢، ٧٥).

* * * * تبنى «ميشيل أرجايل» من أكسفورد ـ بريطانيا نظرية بينت له أن الأطفال يتوحدون بوالديهم بدرجه معينة، بمعنى أنهم يتخذون من الآباء نماذج يحاكونها ويقتدون بها عند مواجهتهم لمشكلات الحياة المختلفة. فإذا كان الآباء أنفسهم من بين المتسمين بالطموح والجدية فإن أطفالهم يكتسبون نمطًا مشابهًا من الشخصية. ويمكن الاستدلال على توحد الطفل بأحد والديه من خلال التشابه بين الصفات التى يصف بها الأطفال والديهم، والصفات التى يضعونها للشخص الذى يرغبون فى أن يكونوا مثله. فإذا وصف الطفل الأب بالجدية والنجاح والذكاء، ثم بين أن ما يتمناه لنفسه هو الجدية والنجاح والذكاء؛ فإن هذا التشابه يعتبر علامة جيدة على التوحد بالأب. وتبين دراساته على الأطفال الإنجليز بأن تأثير الأب فى الابن الذكر أكبر من تأثير الأم. فإذا أراد الوالدان لأبنائهما أن يكونوا قادرين على العمل الجاد والنجاح فإن عليهم أن يكونوا هم أنفسهم من القادرين بالفعل على العمل الجاد ومن الناجحين. وكذلك يجب عليهم أن ينقلوا هذه الخصائص لأطفالهم من خلال تشجيعهم لهم على التوحد بهم. ولكى يحدث التوحد الناجح هناك شروط يجب أن تتوافر، منها:

١ ـ أن يمضى الأب جزءًا من وقته فى داخل منزله ومع أطفاله.

٢ ـ أن تكون العلاقة بين الوالدين والأطفال دافئة ومشبعة لكلا الطرفين.

٣ ـ وأن يكون الأب للطفل على قدر مرتفع من الجاذبية والفاعلية، وأن يكون مقبولاً وفق معايير التقبل الاجتماعية المحلية. وقد وجد ـ على سبيل المثال ـ أن أطفال الأُسَر المهاجرة يميلون إلى رفض التوحد بآبائهم كنماذج، بخاصة إذا كان المجتمع يعاملهم كغرباء أو طفيليين. ومن رأى «أرجايل» أن الصحة العقلية تتحسن إذا ما كانت علاقة الطفل بوالديه علاقة طيبة وإذا ما توحد الطفل بأحد الوالدين من الجنس نفسه (يتوحد الطفل الذكر بأب، وتتوحد الطفلة بالأم). ذلك لأن الأولاد الذين تتوثق علاقاتهم بالأم دون الأب يتحولون

فى كثير من الأحيان إلى السلبية والأنوثة وربما الجنسية المثلية (الاستجناس). وهناك من الدلائل ما يشير إلى صحة هذه النظرية من أن المستجنسين قادرون بصورة واضحة على أن يحتفظوا بتوحدات مذكرة أو مزدوجة (ذكرية وأنثوية معًا).

* * * * يقسم علماء العقاقير والأطباء العقاقير المختلفة إلى عقاقير مهدئة، وعقاقير منبهة أو منشطة، وعقاقير الهلوسة. أما العقاقير المهدئة فهى كالكحول والمورفين، والهيروين والمسكنات الطبية المختلفة، وتتضمن العقاقير المنبهة الكافيين (مادة القهوة) والنيكوتين والكوكايين والأمفيتامين.. إلخ، وتتضمن عقاقير الهلوسة مجموعة من العقاقير تؤدى إلى غياب الوعى والهلاوس، ومن أهمها: الحشيش أو الماريوانا والـ L. S. D والمسكالين.

ويكمن خطر العقاقير المهدئة فى أنها تؤدى إلى الإدمان الجسمى. والإدمان الجسمى يختلف عن مجرد الاعتياد أو التعود النفسى، وهو ما يحدث فى حالة الامتناع عن العقاقير المنشطة. أما عقاقير الهلوسة فإنها لا تؤدى إلى إدمان جسمى أو اعتياد، ولكنها تؤدى إذا أُسئ استخدامها إلى أعراض نفسية مختلفة، منها: الغيبوبة، والهلاوس البصرية والسمعية المفزعة، فضلاً عن اضطراب السلوك الاجتماعى كالاتكالية الشديدة، والسلبية.

الباب الثانى

نماذج من أساليب
العلاج النفسى السلوكى المعرفى الحديث

الفصل الرابع: علاج الاضطرابات الانفعالية بطريقة متدرجة.

الفصل الخامس: أسلوب الاسترخاء وتدريبه.

الفصل السادس: أسلوب تأكيد الذات والحرية والانفعالية والتدريب على اكتساب المهارات الاجتماعية.

الفصل السابع: قوة التدعيم.

الفصل الثامن: العقلانيه أوتعديل أخطاء التفكير.

الفصل التاسع: علاج دون معالج: الأساليب الحديثة فى العلاج الذاتى.

الفصل الرابع
علاج الاضطرابات الانفعالية
بطريقة متدرجة

حالتا ألبرت وبيتر وما بعدهما

كان «ألبرت» فى شهره الحادى عشر عندما قام العالمان السلوكيان «واطسون» و «راينر» بتعريضه لفأر أبيض. لم تثر رؤية الفأر - فى البداية - أى مشاعر بالقلق أو الخوف لدى «ألبرت»، إلى أن قام العالمان بتقريب الفأر حتى يصبح فى متناول «ألبرت» الذى مد يده اليسرى يلمس الفار ببراءة، وفى هذه اللحظة أطلق المجربون صوتًا عاليًا حادًا من خلف رأس «ألبرت». عندها قفز الطفل فزعًا مشيحًا برأسه وجسمه كله عن الفأر. تكرر هذا الإجراء إلى أن تأكدت تلك الاستجابة الانفعالية الحادة من «ألبرت». وبمرور الوقت تحول مشهد الفأر - المحايد - إلى مصدر للخوف الشديد عند الطفل. فبعد سبع مرات من تعريض الفأر مقرونًا بهذا القرع الحاد، بدأ ألبرت يصرخ طالبًا النجدة عندما كان يشهد الفأر (حتى ولو كان بعيدًا ودون أن يكون مصحوبًا بهذا الصوت الحاد). فضلاً عن هذا؛ فإن مخاوفه لم تقتصر على مشاهدة الفأر، بل بدأت تُعمم نحو كل الأشكال ذات الفراء والمشابهة للفئران كالأرانب والكلاب، ومعاطف الفرو.. إلخ(١٣٠).

ومن المؤسف أن الطفل قد أُخرج من المستشفى فى الوقت الذى كان يفكر فيه المجربان فى ابتكار بعض الطرق للعودة به إلى نفس حالته السابقة. لهذا فإننا لا نعرف ماذا حدث له بعد ذلك. هل استمرت مخاوفه أم استطاع أن يتغلب عليها وأن يعود إلى طمأنينته المعتادة عند مشاهدة الفئران والأرانب أو الأشكال

الفرائية؟ وإذا شئنا التخمين فإن من المرجَّح - إلى حد بعيد - أن الخوف قد بدأ يصاحب «ألبرت» ويعايشه حتى بعد تجاوزه لسن الطفولة ما لم تكن هناك بعض المجهودات التى قدمت له للتغلب على مخاوفه(*).

وما يُستنتج من حالة «ألبرت» هو أن كثيرًا من جوانب الخوف والقلق والرهبة وعدم الثقة بالنفس وغيرها من أشكال العصاب ما هى إلا عادات سيئة اكتسبناها فى مواقف مختلفة أو مؤلمة، أو مهينة للنفس. إننا نتعلم أن نكون مرضى أساسًا بسبب خبرات مؤلمة تعرضنا لها البيئة.

وبالمنطق نفسه يمكن القول بأن ما نتعلمه يمكن أن نتوقف عن تعلمه، أو نتعلم عكسه. فإذا كنا نتعلم أن نكون مرضى فإننا يمكن أن نتعلم أن نكون أصحاء. والعلاج النفسى هو فن تعليم الناس أن يكونوا أصحاء، أى خلوًا من المخاوف التى لا معنى لها، ومن المعطلات الانفعالية التى تعوق القدرة على التفكير السليم، وتحقيق الذات والطمأنينة. صحيح أن صغيرنا لم تُتح له هذه الفرصة فيما نعلم. لكن ما البأس فى أن نستنتج أيضًا بأن الخوف الذى تعلمه «ألبرت» كان يمكن أن يتخلص منه لو أننا عرضناه لتلك الأشكال ـ التى أصبحت الآن موضوعًا لمخاوفه ـ تدريجيًا، وعلى أن تكون مصحوبة هذه المرة بخبرات سارة أو جذابة. والحقيقة أن هذا ما اقترحه المعالجان عند عرضهما لهذه الحالة، لقد اقترحا بأن الطريقة المُثْلى لعلاج «ألبرت» وتخليصه من مشاعر القلق والخوف أن نقدم له منبهًا مرغوبًا (قطعة من الشكولاته، أو عناقة مثلاً)، فى الوقت الذى يظهر فيه الفأر عن بعد أولاً ثم نقرب الفأر تدريجيًا فى المرات التالية مع تقديم منبهات أخرى مرغوبة.

وعلى الرغم مما فى هذا التصور من منطق وبديهة، فإن توظيفه للعلاج النفسى تأخر حتى عام ١٩٢٤. ففى هذا العام نُشرت أول دراسة إكلينيكية لحالة

(*) هناك بعض الاعتبارات الخلقية التى يجب الإشارة إليها فى هذه الحالة. ذلك لأن التجريب على السلوك الإنسانى بهذه الطريقة يستثير عديدًا من الاعتبارات الخلقية والإنسانية، ومن المؤكد أن قيام كثير من الباحثين بالتجريب على السلوك الإنسانى بهذا الشكل يعتبر من العوامل المهمة وراء الهجوم الشديد على العلاج السلوكى؛ بخاصة فى مراحل تطوره الأولى.

طفل اسمه «پيتر»* أمكن ـ بنجاح ـ إزالة مخاوفه المرضية من موضوعات مماثلة بتعريضه تدريجيًا لتلك الموضوعات فى الوقت الذى كان فيه الطفل يلتهم طعامه باسترخاء لذيذ وفق الطريقة الآتية: «فى الفترة التى كان فيها الطفل جائعًا تم وضعه على مقعد مرتفع وأُعطى بعض الطعام، وفى هذه اللحظة أُظهر الموضوع المخيف (الفأر) بهدف إحداث استجابة سلبية (الخوف). وعندئذ بُدئ فى إبعاده تدريجيًا عن الطفل حتى أصبح على مسافة بعيدة لا تهدد إطعام الطفل. لقد قُدرت القوة النسبية التى عندها لا يتدخل حافز الخوف مع حافز الجوع، بالمسافة التى يجب أن يكون عليها الموضوع المخيف ثم والطفل منهمك فى طعامه، أمكن تقريب الموضوع المخيف تدريجيًا نحو المائدة، إلى أن تم وضعه على المائدة نفسها، حتى أمكن له فى النهاية ملامسة الطفل»[٨١، ٨٢].

وهذا المنهج هو نفس ما اقتُرح قبل ذلك بخمسة أعوام تقريبًا، عندما أمكن إثارة مشاعر الخوف عند طفلنا «ألبرت»*.

وبالنظر إلى أن إزالة الخوف والقلق النفسى فى الحالة السابقة تمت بتعريض الشخص لانفعالات إيجابية معارضة لهذا القلق والخوف (إبعاد الموضوع المهدد وإظهاره تدريجيًا)، أطلق على هذا الأسلوب من العلاج مصطلح «الكف المتبادل»، وهو موضوع كتاب شهير ظهر ١٩٥٨ يلخص جهودًا علاجية لما يقرب من مائتى حالة من الخوف والقلق أمكن علاج ما يزيد على ٨٩٪ منها.. وهى نسبة تدعو إلى الاطمئنان دون شك.

والفكرة الرئيسية من مبدأ الكف المتبادل** هى أنه إذا ما نجحنا فى استثارة استجابة معارضة للقلق عند ظهور الموضوعات المثيرة للقلق، فإن هذه الاستجابات المعارضة تؤدى إلى توقف وكف كامل أو جزئى للقلق ولهذا يبدأ الخوف فى التناقص أو الاختفاء بعد ذلك.

أذكّركم بمثال «پيتر» الذى عرضنا له توًا، فقد انتهى خوفه من الفئران بعد تقريبها منه تدريجيًا وهو منهمك فى طعامه. لقد أمكن - ببساطة - كف الخوف

(*) نسبة النجاح فى الطرق التقليدية من العلاج النفسى تصل إلى ٦٥٪ وهى أفضل قليلاً من نسبة الشفاء التلقائى دون علاج على الإطلاق.

بتشجيع ظهور استجابة أو استجابات تتعارض معه: الطعام، والتقديم التدريجى للفأر، وعناقة مع بث الطمأنينة.

ولعل السؤال الذى يفرض نفسه هنا هو ما الاستجابات المعارضة للقلق، والتى إذا أمكن إحداثها فى حضور الموضوعات أو المواقف المخيفة أمكن بالتالى إيقاف القلق وكفه؟ وكيف يمكن إحداثها، وتطويرها لدى الناس فى اضطراباتهم؟ الحقيقة أنه لا يوجد اتفاق محدد عن هذه الاستجابات أو نوعها. فأى سلوك ينميه الشخص من خلال خبراته الخاصة بحيث يكون من شأنه أن يوقف ويكف جوانب الاضطراب بمظاهره الفسيولوجية أو الوجدانية، أو السلوكية، ينجح أن يكون سلوكًا كافًا للاضطراب.

التعرض التدريجى لمصادر الاضطراب

وعلى الرغم من تعدد الأساليب التى يبتكرها المعالجون لإيقاف القلق، وكفه، فإن قليلاً منها قد حظى بالاهتمام العلمى الملائم، والتطمين التدريجى، من بين تلك الأساليب القليلة التى حظيت باهتمام علمى كبير.

والتأمل فى طريقة التطمين التدريجى يبين أنها تقوم على بديهة اجتماعية شائعة. فمن المعروف لدى الكثيرين أن التعريض المستمر والمتوالى للمواقف ـ لأى موقف من مواقف الحياة ـ يغير من اتجاهاتنا نحو هذه المواقف. وينطبق هذا على كل المواقف التى تستثير الاضطرابات العصابية. كالمواقف المثيرة للقلق، أو الخوف والرهبة، والتحرج، والضيق.. إلخ.

وتشهد البديهة العامة أيضًا بأن هناك طريقتين يُنصح بهما الناس عند مواجهة هذه المواقف، وهما: إما **التعرض الكلى** للموقف أو **التعرض التدريجى**. فالبعض قد ينصح شخصًا خائفًا من السباحة بأن يلقى نفسه فى الماء وأن يحاول. وبالمثل، فقد ينصح البعض شخصًا ما إن حدثت له حادثة فى سيارة أو من مركبة عامة أن يعود من جديد لمكان الحادث أو للموضع المؤلم مواجهًا إياه مباشرة حتى تتحيد مشاعرة نحوه.

لكننا نجد فى كثير من الأحيان أن الحكمة تتطلب التدرج. والواقع أن التخلص من الخوف مثلاً بتعريض الشخص تدريجيًا للأشياء أو الموضوعات التى تثيره (كالظلام والأماكن الواسعة، أو الأماكن العالية، أو الضيقة..إلخ) كان ـ ولا يزال ـ من الفنون الرئيسية التى تتجه لها بديهة الإنسان المتمرس بالحياة.

لاحظوا ـ مثلاً ـ مشهد الطفل الذى يصرخ بفزع؛ لأنه شاهد ضيفًا أو زائرًا غريبًا يلتحى بلحية سوداء.. أو يلبس نظارة أو يرتدى زيًا غريبًا لم يشاهده الطفل من قبل. إن كثيرًا من الآباء يدرك أن هذا القلق والفزع لا يمكن التخلص منه بدفع هذا الطفل نحو هذا الضيف وتأنيبه على ذلك. لكن حكمة الأب قد تدفعه ـ مثلاً ـ إلى أن يحمل الطفل مهدهدًا إياه، بينما يبادل الضيف بعض الأحاديث الودية. وهكذا سنجد تدريجًا أن الطفل قد أخذ يختلس النظرات إلى مشهد الضيف الغريب وهو فى موقعه الآمن مع الأب. وها هى ذى الآن نظرات الطفل المختلسة تستمر للحظات أكثر متحولة إلى نظرات ود وصداقة. قس على ذلك ما يقوم به الآباء المجربون عند تشجيع الطفل على السباحة، إن الأب لن يدفع بالطفل دفعًا مفاجئًا إلى الماء. لكنه سيبدأ بدلاً من ذلك مقربًا إياه من الماء تدريجيًا دون إثارة أى مشاعر بالخوف أو القلق، بل على العكس قد يخاطب الطفل بكلمات تشجيع لطيفة. وقد يرفعه قليلاً من فوق أرض الشاطئ عندما تقترب موجة عنيفة.. لكنه بالتدريج يقرب قدمى الطفل ثم ساقيه إلى الماء ثم جسمه كله. إن الطفل وربما فيما لا يزيد على عشر دقائق قد يصبح بكامله فى البحر يضرب المياه من حوله بسرور ونشوة.

ولحكمة مماثلة جرت شريعة بعض المجتمعات البدائية على وضع أفرادها فى طقوس قاسية متدرجة قبل أن يُسمح لهم بأداء الأدوار الرشيدة. ولنفس الحكمة تتجه المجتمعات الحديثة إلى استخدام أسلوب التدريج فى تنشئة الأطفال وتدريبهم على المشى والحركة والكلام. كذلك يتجه كثير من مؤسسات الضعف العقلى إلى استخدام نفس هذا الأسلوب مع ضعاف العقول لتدريبهم على رعاية النفس، وإرضاء متطلباتهم الرئيسية، والتطور بهم إلى مستويات أرقى من النمو الحسى والحركى والفكرى.

وتقوم طرق العلاج النفسى ـ السلوكى بطريقة التطمين التدريجى على المبدأ نفسه: ابتكار وسائل لتشجيع العصابى على مواجهة مواقف القلق والخوف تدريجيًا. والهدف الرئيسى من ذلك تحييد مشاعر المريض العصابية بإلغاء الحساسية المبالغ فيها نحو تلك المواقف . ويكون من خلال التعرض التدريجى للمواقف أو المواقف المثيرة للقلق مع إحداث استجابات معارضة لهذا القلق أثناء عرض كل درجة منه، إلى أن يفقد هذا الموقف تمامًا خاصيته المهددة ويتحول إلى موقف محايد، أى إلى أن تُلغى العلاقة بين المنبه والاستجابة (القلق أو الخوف.. إلخ). البحوث المتراكمة عن هذه الطريقة فى علاج الأمراض النفسية والسلوكية تثبت أنها ذات فاعلية لا شك فيها. وعلى سبيل المثال، أمكن استخدام طريقة التقريب التدريجى للمواقف المؤلمة فى علاج المرضى فى مستشفيات الصحة العقلية. فلقد أمكن لمجموعة من المرضى الخائفين من الأماكن المغلقة والواسعة أن يتخلصوا من هذا القلق وفق خطة قام بها عالم نفسى، وتقوم على تعريضهم تدريجيًا وببطء لهذه الأماكن. كذلك أمكن علاج مجموعة من المخاوف المرضية المتعلقة بالخوف من المستشفيات أو المدارس لدى مجموعة من الأطفال الصغار باستخدام نفس هذا الأسلوب. أضف إلى ذلك حالة الطفل «بيتر» التى سبقت الإشارة إليها وغيرها مما سيأتى الحديث عنه بعد قليل(١٣٣).

أسلوب التطمين التدريجى فى منظور تاريخى

على الرغم من أن الصياغة النظرية لأسلوب التطمين التدريجى، وتوظيفه للعلاج بدأت فى فترة حديثة، فإن المتتبع لتاريخ العلاج النفسى قد يتعرف على بعض الأساليب العلاجية القريبة؛ مما يدل على أن هذا الأسلوب لم يخف على خبرة المعالجين النفسيين السابقين. ففى سنة ١٩٢٢ يشرح الطبيب النفسانى الألمانى المشهور كريتشمرKretchmer طريقة فى العلاج النفسى سماها التعويد المنظم. ويسوق «كريتشمر» كشاهد على فاعلية أسلوبه حالة شاب فى الثلاثين من عمره كان يعانى من الخوف الشديد عندما يجد نفسه فى أماكن فسيحة أو فى الشارع؛ مما دفعه إلى الامتناع عن الخروج من منزله لشهور عدة، وتطور الأمر به إلى أن أصبح يخشى الخروج من حجرته. وقد بدأت خطة العلاج بأن أمكن

تشجيع المريض أن يسير ـ مصحوبًا بالمعالج ـ لمسافات قصيرة كانت تُزاد تدريجيًا، ثم تمت الاستعاضة عن الطبيب تدريجيًا بشخص آخر.. إلى أن أمكن للمريض السير وحده خطوات قليلة خارج المنزل كانت تزاد تدريجيًا، من يوم إلى آخر.. حتى أصبح بإمكانه السير والرحيل إلى أماكن بعيدة وغريبة.

حالة المرأة ـ الميدان**

وقريب من هذا أسلوب استخدمه أحد المعالجين سنة ١٩٢٣ لشفاء إحدى المصابات بمرض الخوف من الأماكن الفسيحة وفق خطة مماثلة بالشكل الآتى:

«تضمنت الخطوة الأولى فى علاجها أن نصحبها إلى ميدان فسيح مجاور. وفى الميدان طُلب منها أن تعود إلى المنزل بمفردها. وعلى الرغم من أن البرودة شملت يديها، واعترى الشحوب وجهها، وازدادت نبضاتها، وجف ريقها، فإنها اعترفت بأن هذه الطريقة قد أفادتها عن أية طريقة حاولتها من قبل. وفى اليوم التالى طلبت منها أن تكرر الذهاب إلى الميدان والعودة إلى المنزل بمفردها عددًا من المرات»(٩٢).

وفى ميدان التحليل النفسى يعتبر التطمين المتدرج عملية علاجية من شأنها أن تمكِّن المريض تدريجيًا من مواجهة المواقف المؤلمة وتقبلها. ويعترف بعض المحللين أن قيمة الاعتراف والتداعى أمام المعالج تنبع من أن إحساسات الشخص نحو هذه المواقف تبرد وتقل. إن المرضى يجب أن يعرضوا أنفسهم لهذه المواقف التى تأتيهم بانفعالات مؤلمة. فإذا كان المريض مثلاً خائفًا من الأماكن المغلقة فإنه يمكن أن يطلب منه فى اليوم الأول من العلاج أن يغلق باب حجرته لحظات قصيرة، وفى اليوم الثانى قد تزداد هذه اللحظات إلى عشر دقائق.. ثم إلى نصف ساعة يوميًا إلى أن يكشف من خبرته العملية أن باستطاعته تحمل مواقف الخوف.

حالة الطبيب الجَزِع

وفى عام ١٩٤٩، عولجت بنجاح حالة طبيب مصاب بعصاب الخوف من الأماكن المغلقة باستخدام أسلوب التطمين مع استخدام الاسترخاء عند تخيل موقف الخوف، وذلك بأنه كان يُطلب من المريض أن يتخيل مشاعره وهو فى مكان

مغلق، وأن يسترخى مطمئنًا وهو يفعل ذلك. كذلك طلب منه أن لا يجعل خوفه المتخيل أقوى من هدوئه وإحساسه بالأمان، وذلك بأن يبعد تفكيره عمدًا عن موقف التهديد إذا ما شعر بأن الخوف يشتد. وربما تُعتبر حالة الطبيب الجزع أول حالة يستخدم معها أسلوب التطمين المتدرج جنبًا إلى جنب، مع إثارة خيال المريض والاسترخاء وإثارة أحاسيس معارضة للخوف. وهى من الخصائص التى تميز الأساليب الحديثة من التدريج كما سنرى.

حالة الطفلة مرجريت

وفى سنة ١٩٦٢، عرض «بنتلر» لحالة الطفلة «مرجريت» التى كانت فى شهرها الحادى عشر عندما أرادت أن تقف مستندة إلى حمام السباحة المنزلى، فزلت وسقطت بعنف، وأخذت تصرخ بشكل حاد. وبعدئذ قاومت بشدة وبصراخ شديد أية محاولة من قِبل الأبوين لإعادتها للاستحمام أو لتنظيفها. ومن الغريب أن الأبوين لاحظا بأن مارجريت بدأت تخاف أيضًا من أى مصادر للماء بما فى ذلك صنابير الماء فى المنزل، والماء نفسه. وقد أمكن للمعالج أن يعالج مرجريت بنجاح فى برنامج من أربعة أجزاء فى خلال شهر واحد (أيزنك، الحقيقية والوهم فى علم النفس، ص ١٤٨). فى **الجزء الأول** وضعت لها مجموعة من الدُّمَى فى حوض الحمام الفارغ. وتركت حرة تمامًا فى الذهاب إلى غرفة الحمام وتناول الدمى، فكانت تدخل غرفة الحمام وتُخْرِج دمية من الحوض ولكنها لا تبقى بالقرب منه. وفى **الجزء الثانى** من العلاج وضعت الطفلة مرتين على مائدة المطبخ بجوار حوض الغسيل بينما امتلأ الحوض بالماء، والدمى تطفو فيه. وقد صرخت فى البداية حينما اقتربت من الماء، وعندئذ وضعت الدمى أمامها على الجانب الآخر من الحوض وعلى رف فوقه بحيث تضطر إلى السير فى الحوض لكى تصل إليها. وأخيرًا دخلت الماء مترددة وخافت قليلاً حينما ابتلت. أما فى **الجزء الثالث** فقد تم إعطاؤها الحمام فى أثناء تبديل ملابسها فى حوض غرفة الحمام، وقد أُعطيت دمية محببة لتلعب بها، ولكن المرآة المعلقة فوق الحوض أثارت اهتمامها أكثر وسرعان ما تحول بكاؤها فى البداية إلى صرخات سعيدة ثم بدأت أيضًا تلعب بالماء، وفى الوقت ذاته تلعب بالرشاشة فى الفناء. وكانت

الخطوة الرابعة والأخيرة هى إعطاء مرجريت الحمام أثناء تبديل ملابسها فى حوض الحمام وبماء جارٍ. وقد عارضت ذلك فى البداية بالصراخ، ولكن الأحضان الأبوية والحزم أوقفاها عن البكاء بعد يومين. وقد شُفيت «مرجريت» بعد شهر واحد من العلاج وأصبحت تلعب بشكل طبيعى واختفى خوفها من الصنابير والأحواض، بل إنها أيضًا أبدت سلوكًا مرحًا باللعب فى الماء فكانت تجرى بحماس إلى البركة الضحلة فى الفناء الخلفى وتطرطش الماء من حولها فى سعادة بالغة.. ولم يعد هناك شك فى أن مخاوفها الأصلية قد اندثرت تمامًا. ويعلق بعض الكتّاب فيما بعد على حالة مرجريت بأنه: «لو أن تلك الحادثة التى تعرضت لها هذه الطفلة حدثت قبل ذلك التاريخ بخمسة أو عشرة أعوام، فإنها من المؤكد لم تكن لتلقى رعاية مهنية تساعدها على الخروج من أزمتها» (المرجع ١٧).

وعلى الرغم من أن هذه الحالات التى عرضنا لها يبدو عليها جميعًا طابع البساطة.. فمصادر الخوف معروفة.. والاستجابة كانت سريعة.. فإننا سنبين فى ثنايا هذا الكتاب بأنه من الممكن تعميم نفس هذه المبادئ النظرية على حالات أكثر تعقيدًا.. حالات لا تكون فيها مصادر القلق والخوف ذات مصدر واحد كما فى حالة الصغير «ألبرت» أو الطفلة «مرجريت»... بل يتكون القلق فيها من عدد من العناصر، وقد لا تكون هذه العناصر متشابهة دائمًا.

إن معطيات هذا الأسلوب الإيجابية فى الحالات البسيطة والمعقدة على السواء يوحى دون شك بأن هذا الأسلوب يؤدى إلى فوائد علاجية، وتغيرات ملموسة وثابتة لدى عملاء العيادات النفسية ممن يعبث القلق بحياتهم عبثًا ملحوظًا.

خطوات عملية ـ علاجية
لإجراء التطمين المنظم

تتكون طريقة إجراء التطمين عادة من أربع مراحل، هى:

١ ـ تدريب المريض على الاسترخاء العضلى.

٢ ـ تحديد المواقف المثيرة للقلق.

٣ ـ تدريج المنبهات المثيرة للقلق.

٤ ـ التعرض لأقل المنبهات المثيرة للقلق (إما بطريق التخيل، أو فى مواقف حية) مع الاسترخاء، ثم التدريج لمواقف أكثر إثارة للقلق فأكثر..

وفيما يلى بعض التفاصيل عن كل مرحلة:

أولاً: تدريب المريض على الاسترخاء (بالشكل الوارد فى الفصل الخامس)، وعادة ما يستغرق عشرين دقيقة فى كل جلسة من الجلسات العلاجية الست الأولى.

ثانياً: تحديد المنبه الرئيسى المثير للقلق (أهو خوف من الأماكن المغلقة، أم خوف من الحديث أمام الناس؟ خوف من التعبير عن العدوان؟ خوف من تأكيد الذات..؟ إلخ).

وعلى الرغم من أن تحديد المواقف التى تستثير القلق قد يبدو يسيرًا، إلا أن هناك نقاطًا حيوية يجب التنبيه لها. ذلك لأن طالب العلاج فى كثير من الأحيان قد يفصح عن شكوى أو مشكلة دون أن تكون هى المشكلة الرئيسية فى حياته. فالكثير من الشكاوى الظاهرة قد تغطى اضطرابات انفعالية لم نعبر عنها صراحة[٧]. وكمثال لذلك حالة (ب) مهاجر مصرى للولايات المتحدة الأمريكية فى الأربعين من عمره، يقيم فى الولايات المتحدة منذ سبعة أعوام. متزوج وله خمسة أطفال. يعمل فى شركة مشهورة منذ تاريخ وصوله للولايات المتحدة. وقد دل تاريخه فى العمل على نجاحه وتفوقه طوال هذه المدة. جاء يطلب مشورة الكاتب؛ لأنه فى الفترة الأخيرة قد بدأ يكره عمله، وأنه يفكر فى تركه.. على الرغم من أنه لم يجد عملاً آخر بعد وأنه فيما يعبر يشعر بأن «كابوسًا يكبس عليه» عندما يخرج من منزله كل صباح إلى مكان العمل.

وعلى الرغم من أن هذا القلق قد يعبر عن قلق شائع لدى الكثيرين وهو قلق العمل. إلا أنه بسؤال (ب) تبين أن قلقة يقوم على قلق آخر وهو عجزه عن تأكيد نفسه فى العمل، بخاصة مع رئيسه وزملائه الأمريكيين فى العمل الذين كانوا ـ فيما وصفهم ـ أقل منه بكثير من حيث الكفاءة فى أداء العمل.

من المهم - إذًا - أن نتبين أن الأسباب الرئيسية وراء القلق المباشر الذى يبثه طالب العلاج لمعالجه قد يكون فى كثير من الأحيان أهم من حيث دلالاته العلاجية، والتنبه لذلك ضرورى ويوفر على المعالج وعلى المريض على السواء جهدًا ضخمًا. لذلك فإن الخطوة الأولى التى يجب التنبه لها عندما تثور حساسيتنا المرضية نحو بعض الأشياء أن نحدد ما إذا كان ذلك القلق أساسيًا أم ثانويًا (أى راجعًا لأسباب أخرى أساسية).

ولنتأمل هذه المحادثة التالية بين معالج نفسى وشاب فى الثانية والثلاثين من العمر. يعمل مهندسًا كهربائيًا. وقد جاء يطلب النصيحة بصدد قلق عنيف بدأ يتملكه عندما يجد نفسه فى مكان ضيق. ويبين سير المحادثة الآتية أن خوفه من المصاعد الكهربائية (الأسانسيرات)، إنما هو خوف ثانوى يدارى به قلقًا أساسيًا متعلقًا بحياته الجنسية مع زوجته الشابة.

المريض: لدىَّ خوف من الأماكن الضيقة.

المعالج: أوضح أكثر؟

المريض: أشعر بقلق، وبالعجز عن التنفس. وأحيانًا تسوء حالتى وأُضطر للخروج جريًا لأستعيد قدرتى على التنفس واستنشاق هواء نقى.. شىء فظيع!.

المعالج: أريد أن أعرف شيئين أساسيين. متى بالضبط، وأين تشعر بهذه الحالات؟ لنبدأ بمتى بدأت هذه الحالة تظهر لديك.

المريض: (يفكر).أنا سنى الآن ٣٢سنة (يحاول أن يحسب) بدأت أشعر بهذه الأشياء فى التاسعة والعشرين.

المعالج : يعنى بدأت منذ قرابة ثلاث سنين.

المريض: نعم تقريبًا.

المعالج: كيف كان حالك فى تلك الفترة؟: يعنى هل كانت هناك مشكلات مختلفة منذ ثلاث أو أربع سنوات؟

المريض: لا أظن. كنت عاديًا وأنا أستقل الأتوبيس من المنزل للعمل كل يوم. لم تكن هناك مشكلات.

المعالج: طيب، ما الذى حدث منذ ثلاث سنين فى تصورك؟

المريض: مجرد شعور بأننى خائف ومشدود الأعصاب. بدأ ذلك لأول مرة عندما كنت أستقل الأسانسير وكان مزدحمًا والجو فيه حار وخانق. لذلك تركته وأخذت الدَّرَج. لكننى بدأت بعد ذلك أتجنب حجرة الاجتماعات؛ لأنه لم تكن بها نوافذ. وعندما كنت أضطر لحضور اجتماع فيها كنت أشعر بالضيق والاختناق. وحاولت أن أتعاطى بعض المهدئات، ولكن دون فائدة. وحتى الآن مازلت أُبقِى مقعدى مجاورًا للباب حتى إذا أحسست بشى ما أستطيع أن أهرب سريعًا، لا أدرى لمَ؟ ذهبت للدكتور فقال إنها عداوة مكبوتة.

المعالج: وهل أفادك هذا التفسير شيئًا؟ أعنى ما الذى فعلت به؟

المريض: لا أدرى.. لم أعرف ماذا أفعل به.

المعالج: حتى أنا لا أدرى..على أية حال، دعنا الآن نرجع بالذاكرة قليلاً إلى ما كان يحدث فى حياتك منذ ثلاثة أعوام. لا أعنى خوفك من الأماكن الضيقة، لكن أية حوادث عامة أو بخاصة حدثت آنذاك؟

المريض: تعنى أى شىء.

المعالج: نعم أى شىء تذكره.

المريض: هه.. دعنى أفكر لحظة (همهمة.. تنهد) منذ ثلاث سنين؟ لقد تزوجت منذ ثلاث سنين. غير أنى لا أرى هناك أية علاقة بين ما حدث آنذاك وبين ما أنا فيه الآن .

المعالج: هل تعتقد أن هناك علاقة ما؟

المريض: لا أرى ذلك، مجرد اتفاق زمنى.. أليس كذلك؟

المعالج: من الجائز.. غير أننى أشعر أنك تدافع أكثر من اللازم فى هذه النقطة.

المريض: لا.. إننى لا أرى أية صلة.

المعالج: إذًا، هل تعتقد أننا يجب أن نبحث عن الصلة؟

المريض: أتريد اللف.

المعالج: لا أعنى.

المريض: انظر، إننى لا أريد أن أطلق زوجتى.. حتى وإن كانت هناك صلة، أنا لا أريد الطلاق.

المعالج: ومن يتحدث عن الطلاق؟

المريض: آه.. يعنى.

المعالج: اسمعنى..انظر حتى لو وجدنا بعض المشاعر السلبية نحو زواجك، لِمَ لا تحاول أن تفكر فى علاج هذه المشكلات وأن نخلق لديك شعورًا بحرية الحركة من خلال الزواج بدلاً من الانفصال والهدم؟.. أعنى أننا لم نكتشف بعد وجود صلة ما بين زواجك ومخاوفك من الأماكن الضيقة. قد نجد تلك الصلة أو لا نجدها. لكن إذا كنت تشعر أن هناك مشكلات ما فى حياتك الزوجية، فلماذا لا نحاول مواجهتها وحلها حتى وإن لم تكن لها صلة بمخاوفك من الأماكن الضيقة؟ قد تكونان مشكلتين منفصلتين أو مترابطتين، لكن واضح أنك تقفز لاستنتاجات وتتصور أننى سأهدم حياتك الزوجية. أخبرنى ـ على أية حال ـ كيف تستجيب زوجتك لمشاعرك بالخوف؟

المريض: متفهمة للغاية.

المعالج: جائز أنها متفهمة أكثر من اللازم؟

المريض: ماذا تعنى؟

المعالج: جائز أنها بتفهُّمها تشجعها فيك.

المريض: لا أظن.

المعالج: على أية حال دعنى أسأل سؤالاً ثانيًا: حدثنى عن علاقتك الجنسية بزوجتك؟

المريض: سؤال غريب حقًا (لحظة صمت) الحقيقة أننى الآن لا أحتمل الاتصال الجنسى بها.. وأشعر بأننى على وشك السقوط.

المعالج: بماذا تشعر بالضبط؟

المريض: دعنى أتذكر. أشعر كأننى فى مصيدة وكأنى مضغوط عليه.. عاجز عن التنفس ومختنق.

المعالج: لدىَّ إحساس أن زوجتك - رغم حبك لها - من النوع المسيطر كانت ولا تزال مسيطرة. لهذا أرى أننا نستطيع علاج خوفك من الأماكن المغلقة لو نجحنا فى علاج مشكلاتك معها، إننى أرى بوضوح بعض الجوانب السلبية بينك وبين زوجتك. لهذا أريد أن أراكما فى المرة القادمة معًا حتى نصل معًا إلى وسيلة أفضل لتحسين علاقتكما (المرجع ٩٢).

هنا نلاحظ إذًا أن الشكوى المباشرة جزء من مشكلة أعمق تتعلق بحياة المريض وعلاقاته الاجتماعية الزوجية الخاصة؛ لهذا يجب أيضًا أن تتضمن خطة العلاج التركيز على تلك المشكلات ولهذا فلا بد فى كثير من الأحيان من معالج نفسى ماهر يساعد عميله من خلال الأسئلة الذكية والصريحة إلى التوصل للب المشكلة الحقيقية.

ويمكن ـ بالطبع ـ التوصل لذلك من خلال عدد من الوسائل، منها: الأسئلة الاستكشافية التى يسألها المعالج، ومنها الاطلاع على تاريخ حياة الشخص وسؤاله عن الملابسات التى صاحبت ظهور اضطراباته... فقد تكون هذه الملابسات هى السبب الرئيسى للقلق (كما فى حالة الشاب السابق الذى ظهرت مخاوفه من الأماكن الضيقة مصاحبة لزواجه).. ويمكن أخيرًا استخدام استخبارات الشخصية.

ثالثًا: تدريج المنبهات المثيرة للقلق.. موقفاً موقفاً

بعد أن نتمكن من حصر جوانب القلق الرئيسية التى سنعالجها، وبعد أن يتم لنا الحكم بأن تلك المواقف رئيسية وليست هامشية تبدأ مرحلة أخرى من العلاج. يضع المعالج المواقف المثيرة للقلق فى قائمة مدرجة، أى قائمة من المواقف التى تستثير القلق فى حياة المريض بدرجات متفاوتة، بحيث يوضع الموقف الذى يستثير أعلى درجة من القلق أو الخوف فى أعلى تلك القائمة، ويوضع أقلها استثارة فى أسفل القائمة. أما الحكم بهذا التدريج فهو يتوقف على الشخص

نفسه بالطبع، إذ يطلب منه المعالج أن يرتب فقرات كل موقف من مواقف جانب معين من القلق بطريقة هرمية من القاع إلى القمة، بحيث يبدأ بأقل المنبهات إثارة للخوف ويصعد إلى أشدها إثارة. ولنتأمل كمثل من أمثلة الترتيب التدريجى نوعين من المخاوف، هما: الخوف من الامتحانات... والخوف من الرفض الاجتماعى.

أ - ففى حالة الخوف من الامتحان يمكن أن تُدرج المنبهات المثيرة للقلق وفق هذا الترتيب:

١ ـ شهر قبل الامتحان.

٢ ـ أسبوعان.

٣ ـ أسبوع قبل الامتحان.

٤ ـ خمسة أيام قبل الامتحان.

٥ ـ أربعة أيام.

٦ ـ ثلاثة أيام.

٧ ـ يومان.

٨ ـ يوم واحد قبل الامتحان.

٩ ـ فى الطريق إلى الجامعة يوم الامتحان.

١٠ ـ انتظار فتح صالة الامتحان.

١١ ـ فى انتظار توزيع ورق الأسئلة.

١٢ ـ ورقة الاسئلة مقلوبة.

١٣ ـ قراءة ورقة الأسئلة.

ب ـ الخوف من كراهية الناس (الرفض):

١ ـ التقدم لطلب عمل يحتاج لإجراء مقابلة شخصية.

٢ ـ الوجود فى تجمع أو حفل من أربعة أشخاص.

٣ ـ الابتعاد عن النشاط الاجتماعى لمجموعته.

٤ ـ مخاطبة مجموعة من الأشخاص.

٥ ـ شخص آخر يحاول أن يتلمس له العيوب.

٦ ـ تهكم من الزوج (أو الزوجة) والأصدقاء.

٧ ـ تعليقات استهزاء من الأصدقاء.

٨ ـ تعليقات من الزوجة (أو الزوج) تدل على التقليل من شأن الشخص (أى استهزاء).

والذى يجب تأكيده على أية حال أن وضع هذه التدريجات يتوقف على الشخص نفسه، بمعنى أنه لا يجوز تطبيق التدريجات السابقة آليًا على أى شخص حتى ولو كانت مخاوفه من النوع نفسه. فعلى سبيل المثال، قد يجىء شخصان للعلاج النفسى.. وكلاهما يعبر عن قلقه واضطرابه عند الحديث أمام الناس.. إلا أن سؤال كل منهما عن الشروط المحيطة بهذا القلق قد تبين أن أحدهما يتوقف ظهور قلقه فى هذه المواقف على نوع الأشخاص الحاضرين (الرؤساء أو الآباء أو نماذج السلطة). أما الآخر فقد يتوقف قلقه على حجم المجموعة الحاضرة. وعلى هذا، فإن تدريج قلق الشخص الأول يجب أن يراعى تدريج نماذج السلطة:

١ ـ الحديث أمام أشخاص غرباء.

٢ ـ الحديث أمام الجيران.

٣ ـ الحديث أمام الزملاء.

٤ ـ الحديث أمام الآباء.

٥ ـ الحديث أمام المدرس (أو الرئيس).

٦ ـ الحديث أمام هيئة التدريس بكاملها.

أما فى حالة الشخص الآخر، فإن التدريج يجب أن يشمل حجم الجماعة التى يتحدث أمامها الشخص:

١ ـ الحديث مع شخص من الجنس نفسه.

٢ ـ الحديث مع شخص من جنس آخر.

٣ ـ الحديث مع شخصين.

٤ ـ الحديث مع ثلاثة أشخاص أو أربعة.

٥ ـ الحديث أمام مجموعة من الناس.

كذلك قد يتفاوت تدريج منبه معين من شخص إلى آخر، فالحديث أمام الآباء قد يمثل درجة أكبر من القلق بالمقارنة بالحديث أمام المدرسين عند البعض. بينما يحدث العكس عند البعض الآخر. وبالمثل، قد تشكل العلاقة بالزوج أو الزوجة عند البعض بالمقارنة بالبعض الآخر مشكلة أشد من العلاقة بزملاء العمل أو الرؤساء[٩].

أضف إلى هذا أن ترتيب تدريج معين بالنسبة إلى شخص واحد قد يختلف من فترة إلى أخرى. فما كان فى الشهر الماضى يحتل وزنًا أكبر قد يتضاءل وزنه فى الوقت الراهن.

لهذا من الأفضل أن تكتب مدرجات القلق لكل شخص على حدة وبعد تساؤل واستفسار عن كل الشروط المحيطة. ومن الأفضل كتابة هذه التدريجات بالقلم الرصاص حتى يسهل تعديلها أو التغيير فى ترتيبها.

رابعًا: إجراءات العلاج

الآن وبعد أن أمكن تدريج الموقف (أو المواقف) المثيرة للقلق، وبعد أن يكون المريض قد تدرب على الاسترخاء يصبح الطريق ممهدًا للدخول فى إجراءات العلاج. وتنحصر إجراءات هذه المرحلة فى أن نطلب من المريض وهو فى حالة من الاسترخاء العميق والهدوء أن يتصور نفسه، مستخدمًا قدرته على التخيل إلى أقصى حد، وهو فى الموقف الذى يثير أقل درجة من القلق فى البداية. والمثال

الآتى يوضح الإجراءات التى يستخدمها المعالجون عادة.. لعلها تمنح القارئ بعض البصيرة فى التطبيقات العملية للعلاج النفسى. وهذا المثال هو وصف لإجراءات هذا الأسلوب مع فتاة مصابة بعصاب الخوف الشديد من الامتحانات بصورة أدت لرسوبها مرات متكررة على الرغم من استعدادها الجيد، وارتفاع متوسط ذكائها: «سأطلب الآن أن تتخيلى بعض المواقف والصور. حاولى أن تجعلى خيالاتك حية كأنها حقيقية. ركزى ذهنك فيها. من الجائز - بالطبع - أن تتدخلى فى حالة الاسترخاء التى تتملكك الآن. لكن إذا أحسست فى أية لحظة بأنك مشدودة فما عليك إلا أن تشيرى بيدك اليسرى... جميل».

«والآن تخيلى نفسك وأنت تقفين فى شارع مألوف. اليوم جميل وساطع، ويمتد أمامك مشهد الشارع كله. العربات والموتوسيكلات، والدراجات، والناس وعلامات المرور والأصوات (انتظار ١٥ ثانية). جميل! والآن توقفى عن هذا التخيل وعودى ثانية لحالة الاسترخاء. إذا كنت قد شعرت بأى نوع من التوتر بسبب التخيل الذى قمت به الآن فارفعى إصبعك (لا ترفع إصبعها).. والآن تخيلى أنك تجلسين فى منزلك تذاكرين فى المساء. اليوم هو ٢٠ فى الشهر وباقٍ قرابة شهر للامتحان (انتظار ٥ ثوانٍ). والآن توقفى عن التخيل وعودى لاسترخائك.. استرخاء أعمق (انتظار ١٠ ثوانٍ). مرة أخرى تخيلى نفسك من جديد فى منزلك تذاكرين ولم يبق على الامتحان إلا شهر (انتظار ٥ ثوان). توقفى الآن عن هذا التخيل وعودى لاسترخائك. أرخى عضلاتك جميعها ودعى نفسك وحاولى أن تتذوقى الراحة التى تتملكك (١٥ ثانية). والآن تخيلى من جديد نفسك تذاكرين قبل الامتحان بشهر (انتظار ٥ ثوان). توقفى الآن عن التخيل ولا تفكرى فى أى شىء آخر غير جسمك (٥ ثوان). إذا كنت قد أحسست بأى قلق فأشيرى بإصبعك (ترفع المريضة الآن إصبعها). إذا كان قلقك فى المرة الثالثة أقل من المرة الثانية والأولى فاستمرى كما أنت. أما إذا لم يكن هناك أى تغير فأشيرى بإصبعك (لا ترفع إصبعها). جميل إذًا استمرى فى الاسترخاء (١٥ ثانية). الآن تخيلى نفسك على كرسى فى داخل أتوبيس وبجوارك شخصان يثرثران مع بعضهما (١٠ ثوان). الآن توقفى عن هذا التخيل وعودى إلى ما أنت فيه من استرخاء (١٠ ثوان). الآن تخيلى نفسك من جديد وأنت تجلسين فى

شرفة المنزل ومن أسفلك فى الشارع يسير شخصان يتجادلان فى احتداد (١٠ ثوان)(*). توقفى الآن عن هذا. سأعد من واحد حتى خمسة وستفتحين عينيك وتشعرين بمنتهى الراحة والهدوء».

ويعلق «ولبى ولازاروس» على هذه الحالة بالعبارة الآتية:

«وتبتسم وكأنها استيقظت من النوم. وفى إجابتها عن الأسئلة التى سألناها بعد ذلك، بينت أنها تشعر بمنتهى الهدوء، وأن المشاهد المتخيلة كانت فى منتهى الوضوح. كذلك قررت أنها شعرت بقليل من القلق عند تخيل مشهدَى المذاكرة والمشادة، وعلى الرغم من أن القلق تضاءل فى حالة التكرار، فإنه لم يصل فى كل الأحوال لدرجة الصفر» (المرجع ١٣٤).

بعض المشكلات التى تحيط باستخدام هذا الإجراء

من المشكلات الرئيسية التى تواجه استخدام التطمين المتدرج هذا اعتماده الرئيسى على إثارة الصور الذهنية والخيال لدى المريض. وتوضح البحوث ـ لسوء الحظ ـ أن هناك فروقًا فردية ضخمة فى مقدار اليسر والسهولة التى يستطيع بها البشر أن يتحكموا فى إثارة هذه الصور الذهنية. البعض يستطيع ذلك بسهولة كما فى الحالة السابقة، والبعض يعجز عن ذلك خصوصًا المرضى العقليين. وعلى الرغم من أن الحلول التى تُقدم لهذه المشكلة ضئيلة، إلا أننى وجدت أن التدريب المستمر فى الجلسات الأولى على إثارة صور ذهنية محايدة، وقصيرة تؤدى لبعض الفوائد. كذلك أجد أن سؤال المريض بأن يفتح عينيه وأن يوجههما لبعض المنبهات التى أكشفها له مثل قلم الرصاص، والسيجارة.. إلخ، ثم أن يحاول أن يغلق عينيه وأن يتخيل نفس هذه الأشياء بعد اختفائها مع تكرار ذلك على منبهات أخرى وبصورة متلاحقة ـ يؤدى أيضًا إلى قدر مماثل من النجاح فى تدريب المريض على التخيل.

(*) تفضل هذه الصورة بدلاً من الصورة التى وضعها المؤلفان فى المثال الأصلى وهى «تخيلى نفسك تجلسين على كرسى فى محطة أتوبيس.. واثنان من العمال يتكلمان ويتناقشان». وعلى أى حال، من الممكن التعديل من محتوى التخيل بحيث ينقل للشخص مشاعر هادئة تتناسب مع الإطار الحضارى. وفى كل الأحوال يجب أن يكون التخيل من النوع المحايد الذى لا يثير انفعالات قد تعوق الاسترخاء.

وهناك طريقة أخرى تقوم على تشجيع المريض للانتباه لإحساساتة الحالية، أو لحوادث مباشرة من الذاكرة. ويؤدى ذلك بأن يطلب من المريض أن يعيش ذهنيًا فى الموقف المتخيل، وأن يراه كما لو كان يحياه - بالفعل - الآن ليس كمجرد متفرج من الخارج.

ومع ذلك، فإنه يبدو أن هذه المشكلة قد بولغ فيها. فعلى الرغم من صحة قوانين الفروق الفردية، بهذا الصدد إلا أننى لم أجد حالة تعجز عن التخيل. وفى الحالات القليلة النادرة التى حدث فيها هذا، كان ذلك بسبب عوامل أخرى كاستهانة المريض بالأسلوب، وتشتت انتباهه، وعدم تركيزه واتجاهه نحو المعالج. كذلك أجد أن الطريقة التى يقدم بها المعالج هذا الأسلوب تلعب دورًا أساسيًا فى اقتناع المريض به، وبالتالى سهولة اندماجه فى التخيل.

مشكلة أخرى تثيرها هذه الطريقة، فقد لاحظنا أن المعالج يطلب من عميله أن يتخيل الموقف تدريجيًا.. فهو لا يأخذه كما فى حالة المرأة ـ الميدان، أو الطبيب ـ الجزع إلى المواقع الحية التى تستثير القلق. والاعتماد على التخيل يثير لهذا السبب بعض التحفظات. فهل تؤدى إثارة المواقف المخيفة بطريق الصور الذهنية والخيال إلى الفاعلية نفسها التى يمكن أن يؤدى إليها العلاج فى المواقف الفعلية؟ وهل من الأفضل أن نصطحب من يجزع - مثلاً- من الأماكن العالية إلى قمة برج، أم من الأفضل أن نجعله يتخيل قمة البرج؟

اتجه عدد من الباحثين فى الحقيقة إلى المقارنة بين الآثار العلاجية لأسلوب التدريج فى عرض مواقف القلق بطريق الخيال، والتدريج من خلال مصاحبة المريض للمواقف الفعلية من القلق. والحقيقة أن نتائج هذه البحوث متعارضة. فعلى سبيل المثال لم يوجد فرق جوهرى بين مجموعتين من المرضى بالخوف من الثعابين عولجت إحداهما باستخدام شرائح التصوير الملونة، وعولجت الأخرى بالتعرض لثعابين حقيقية.

لكن هناك نتائج وملاحظات تشير إلى بعض الفروق فى صالح التعرض للمواقف الحية، بخاصة عندما يفشل الشخص فى الانتقال من المواقف المتخيلة إلى المواقف الحية. ولكن العلاج فى المواقف الحية لا يخلو من إثارة بعض المشكلات؛ لأنه يتطلب من المعالج الخروج بعميله من المستشفى أو العيادة،

وبالتالى قد يفقد قدرته على ضبط كثير من المواقف والمنبهات العلاجية الأخرى. وماذا لو أن الجزع والخوف ألمَّ بمريضه فى تلك المواقف التى كان يتجنبها خشية منها طوال عمره؟ هل نستطيع أن نتحكم فى عملية الاسترخاء وبعث الطمأنينة؟

لكن تعريضه لمواقف حية ومع كل هذه التحفظات يكون ضروريًا أحيانًا؛ بخاصة بين المرضى الذين يعانون بعض المشكلات فى تخيل المواقف المثيرة للتهديد بوضوح كاف. كذلك فى حالات المرضى الذين يعجزون عن التحديد النوعى والواضح للمشكلات والمنبهات المثيرة لمخاوفهم ما لم يتعرضوا مع المعالج لمواقف حية مختلفة تساعد كليهما على صياغة المشكلة للعلاج. وفى حالات الاكتئاب نجد من المعالجين من ينصح بالعلاج فى المواقف الحية؛ لأن تعويد المريض على مواجهة هذه المواقف يُعتبر - فى حد ذاته - ذا تأثير علاجى واضح، بغض النظر عن علاج مشكلات القلق من خلال التدريج الحى.

ونضيف أن هناك ميزتين علاجيتين أخريين لأسلوب التدريج فى مواقف حية. فمن ناحية، نجد أن ممارسة المريض لأنواع من النشاط فى الحياة اليومية (التى كانت متعطلة قبل ذلك) قد تثير دوافعه؛ وبالتالى تساعده على إعادة إدراكه وصياغته لمشكلته من جديد، مما يؤدى إلى احتمالات علاجية أقوى. ومن ناحية ثانية، فإن المعالج قد يستطيع أيضًا أن يلاحظ بعض أساليب المريض فى التفاعل الاجتماعى التى تؤكد كثيرًا من الأنماط غير المرغوبة فى سلوكه، وبالتالى يستطيع المعالج مباشرة أن يغير من هذه الأساليب.

التطمين المتدرج وحدود تطبيقه

منذ أن ابتُكر هذا الأسلوب وهو يُستخدم بنجاح فى علاج المخاوف المرضية. وحتى فى هذه الحالات لا بد من وجود شروط أخرى لكى يمكن استخدام هذا الأسلوب بنجاح، منها:

١ ـ أن لا تعود المخاوف المرضية على الشخص بأى مكاسب أساسية أو ثانوية، وعلى هذا فمن الصعب علاج طفل أو شاب أو بالغ من بعض المخاوف (كالظلام أو المرض، أو الامتحان)، طالما أن ذلك يؤدى إلى استجابات مرغوبة لديه من قِبل والديه (زيادة الحب، العطف الشديد، تلبية رغبات لم تكن مُلبَّاة من قبل.. إلخ)؟.

٢ ـ أن تكون مخاوف الشخص محصورة فى المواقف التى تثيرها وليست بسبب عوامل اجتماعية أخرى. وقد رأينا أن من العبث علاج المريض بالمخاوف من الأماكن الضيقة بوضع تدريج الأماكن، على الرغم من أن مخاوفه ناتجة ـ أساسًا ـ من قلق الانحصار فى علاقات اجتماعية ضيقة وغير مرغوبة.

٣ ـ أن يكون الشخص ممن يتناقص قلقهم أثناء الاسترخاء.

٤ ـ أن يكونوا من المقتنعين بفائدة الأسلوب.

أما من حيث الأشكال الأخرى من الاضطرابات الانفعالية، فإن أسلوب التطمين التدريجى لا يؤدى إلى نتائج إيجابية إلا إذا استخدم مع أساليب أخرى. وكمثال لنجاح أسلوب التطمين التدريجى فى هذا الإطار استخدامه فى التقليل من الآثار الانفعالية للذكريات القديمة غير السارة كما تظهر لدى حالات المكتئبين الذين قد يجدون فيها أحزانًا تضاف إلى أحزانهم. ويكون ذلك بأن نطلب من الشخص وهو فى حالة من الاسترخاء العميق أن يتذكر بعض الحوادث الحزينة، أو المخجلة فى حياته، والتى تكون لها آثار انفعالية قاتمة حتى الآن، إلى أن تتحيد مشاعره نحوها*****.

وهذا الإجراء الأخير فضلاً عن دوره فى كف الاستجابات الانفعالية القديمة كالخوف، والخجل، والقلق من خلال الاسترخاء يساعد على إعطاء المريض منظورًا إدراكيًا، وأسلوبًا شخصيًا جديدًا لإعادة إدراك تلك الأشياء القديمة، بالتالى التخفف من آثارها الانفعالية المستمرة. فقد ينتهى تذكر ذلك بالمريض إلى أن يدرك أن هذه الحوادث كانت تافهة.. أو أنها غير مهمة.. أو «أننى لا أهتم ولا أكترث لذلك» لكن الوصول بالمريض لهذه الاستجابات الصحية قد يتطلب وضعًا تدريجيًا للذكريات المؤلمة وطلب تخيلها أثناء الاسترخاء مع الدحض العقلى والمنطقى أثناء إثارتها(*).

(*) يستخدم هذا الأسلوب كذلك للتقليل من الآثار الانفعالية التى تصيب الأشخاص عند الانتقال من مجتمع إلى مجتمع آخر بسبب الهجرة أو الدراسة أو البحث عن العمل.. وذلك بحث الشخص وهو فى حالة استرخاء عميق على تخيل الحوادث أو الأشخاص الموجودة فى المجتمع الأصلى، والتى تستثير الأحزان والاكتئاب، إلى أن تصبح نظرتنا نحوها أكثر واقعية.. مع تدريج المواقف التى تستثير الاكتئاب والقلق فى المجتمع الجديد وحث الشخص على تخيلها من خلال الاسترخاء مع الدحض العقلى لاتجاهنا السلبى نحوها.

ولعل ما نستنتجه من كل ذلك بشكل عام هو أن نحذر من الاستخدام الآلى لهذا الاسلوب أو أى أسلوب علاجى على الإطلاق، فلكل حدوده ومجالات تطبيقه. والمعالج النفسى الناجح هو الذى يعرِّف نفسه بكثير من الأساليب وبكثير من المرضى؛ حتى يختار الأسلوب الملائم فى الوقت الملائم ومع الشخص الملائم ونوع الاضطراب الملائم (المرجع ٥٩).

الخلاصة

التخلص من الاضطراب والقلق بالتعرض التدريجى للأشياء أو الموضوعات التى تثيرهما، كان ولا يزال من الفنون الرئيسية التى تتجه لها بديهة الإنسان العادى وحكمته. وطريقة التطمين التدريجى التى يلجأ لها المعالج الحديث تقوم على المبدأ نفسه، أى التشجيع على مواجهة مواقف القلق والخوف تدريجيًا، إلى أن تتحيد مشاعرنا الانفعالية الحادة (العصابية) نحو تلك المواقف. وقد عرف المعالجون السابقون هذا الأسلوب كما عرفه المعالجون المحدثون. ويعتبر مبدأ الكف المتبادل بمثابة الأساس العلمى الذى قدمه علم النفس الحديث لتفسير نجاح هذا الأسلوب. فإذا نجحنا فى إثارة استجابة معارضة للقلق (كالتطمين التدريجى) فى حالة وجود الموضوعات المثيرة له، يمكن أن يؤدى ذلك إلى كف كامل للقلق؛ وبالتالى يختفى ويتناقص بعد ذلك. ويتطلب إجراء التطمين المتدرج مراحل، منها: تحديد المواقف التى تثير المخاوف الرئيسية للشخص، ثم تدريج كل موقف منها على حدة فى قائمة تبدأ بأقل المنبهات إثارة للخوف فى الموقف مع التدرج صعودًا إلى أشدها إثارة، ثم يصبح الموقف معدًا لإجراء العلاج بعد ذلك بأن نطلب من الشخص وهو فى حالة استرخاء وهدوء أن يتخيل نفسه فى الموقف الذى يثير أقل درجة من القلق فى البداية مع تهدئته إلى أن تتحيد مشاعره نحو الدرجات المنخفضة، ثم يبدأ الانتقال للمواقف الأشد وهكذا حتى تنتهى القائمة. وهناك طريقه أخرى تقوم على اصطحاب المريض لمواقف الخوف الحية بدلاً من تخيلها. ولكل طريقة عيوبها ومزاياها، ولو أن الجمع بين الطريقتين ممكن ومرغوب. وعلى الرغم من أن هذا الأسلوب يقتصر على علاج المخاوف المرضية

إلا أنه يصلح أيضًا فى علاج بعض حالات الاكتئاب؛ بخاصة عندما يكون الاكتئاب استجابة شديدة لحادثة خارجية محددة كفقدان قريب أو عمل، أو متعلقًا بأحزان محددة فى الماضى. ونسبة نجاح هذا الأسلوب فى علاج المخاوف المرضية تصل إلى ما يقرب من ٨٩٪. غير أن نجاح استخدام هذا الأسلوب يتوقف على تدريب الشخص على الاسترخاء العميق عند عرضنا له فى الفصل الخامس.

مراجع وتعليقات

* يعود الفضل فى علاج «بيتر» لجهود المعالجة السلوكية مارى كوفر جونزCover Jones التى كانت تنتمى إلى تفكير «واطسون»، ويلاحظ أن المنهج الذى استخدمته كان أول منهج يستخدم أسلوب التدريج فى التعرض لموضوعات مكررة بأساليب التطمين التدريجى الحديثة. (انظر المرجع: ٨١، ٨٢).

** للمزيد عن مبدأ الكف المتبادل وتطبيقاته فى العلاج النفسى، انظر: (المرجع: ١٣٣).

*** للمزيد عن استخدام أسلوب التطمين التدريجى فى علاج المخاوف المرضية التى توجد لدى المرضى العقليين. انظر: (المرجع: ٦٨).

**** هناك وصف كامل لحالة المرأة ـ الميدان فى (المرجع رقم ٩٢).

٦ ـ تفاصيل حالة الطفلة «مارجريت» وردت فى الترجمة العربية لكتاب أيزنك: **الحقيقة والوهم فى علم النفس**، (المرجع ١٧، ص ١٤٨، ١٤٩).

٧ ـ على الرغم من أن المعالجين السلوكيين كانوا لا يهتمون إلا بالشكاوى الظاهرة وذلك منذ عشرين أو خمسة وعشرين عامًا. إلا أنهم بدءوا حاليًا يتنبهون إلى أن الشكوى الظاهرة تغطى فى بعض الأحيان اضطرابات انفعالية أساسية. وأن هذه الاضطرابات الانفعالية قد تكون أكثر خطرًا من الشكوى الظاهرة.. للمزيد عن ذلك انظر: (المرجع ٩٢).

Lazarus, A (1971): **Behavior therapy and beyond**, New York Mc Graw- Hill.

***** يأخذ كثير من المحللين النفسيين على منهج التطمين التدريجى التركيز على الأعراض الظاهرة فقط دون الاضطرابات الكامنة. ومن رأيهم أن الخوف يعكس اضطرابًا أعمق فى الشخصية.. فإذا ما عالجنا الخوف المرضى من مكان أو شخص أو شىء معين دون أن نعالج الاضطراب الانفعالى، فإن المريض قد ينتكس أو يستبدل أعراضًا مرضية ، بأعراض مرضية أخرى. لكن هذا لم يحدث فى حياة المرضى الذين عولجوا.. أى أنه لم يحدث أنهم استبدلوا أعراضًا بأعراض أخرى.. مما يدل على خطأ الفرض التحليلى النفسى فى هذه النقطة. للمزيد عن هذه النقطة ومن رأى أيزنك أن علاج الأعراض الظاهرة يؤدى إلى شفاء كامل ودائم. انظر: (المرجع ٥٩، ص ص ١١٠ -١١١).

مراجع عامة عن أسلوب
التطمين التدريجى

فضلاً عما ورد فى النقاط السابقة من مراجع وكتابات.. فإننا نقترح على القارئ الذى يبغى التعمق فى هذا الموضوع الرجوع لعدد من الكتب والمقالات التى تصف له بالتفصيل الإجراءات التى يجب استخدامها أثناء التطمين التدريجى. ونعتقد فى فائدة هذه المراجع خاصة لمن يمارسون أو سيمارسون العلاج النفسى من الأطباء والإخصائيين:

a. Lazarus, A. (1971. **Behavior therapy and beyond** ،a. New York McGraw. Hill.

b. Lazarus A. (1972):**Clinical behavior therapy.** New York: Brunner Mazel .

c. Masserman : J. H. (1975): **Behavior and neurosis**. Chicago : University Chicago Press.

d. Meyer,V. & Chesser, E. (1971): **Behavior therapy in Clinical Psychiatry**. London: Penguin Books.،

e. Paul, G.L. (1969): Outcome of Systematic desensitization I:

Background, Procedures and Uncontrolled Reports of individual treatment. In Cyril Franks (ed.) Behavior therapy Appraisal and Status. New York: NcGraw-Hill, PP. 63-104.

الفصل الخامس

أسلوب الاسترخاء

يستخدم الاسترخاء فى الطب والعلاج النفسى وعلم النفس الإكلينيكى بأساليب متعددة منذ فترة طويلة. ففى سنه ١٩٢٩ أبدى طبيب نفسى اسمه «چيكبسون» Jacobson اهتمامه باكتشاف طرق للاسترخاء العضلى بطريقة منظمة، وفى كتاب مشهور له بعنوان: «الاسترخاء التصاعدى» Progressive Relaxation (٦٦، ٧٨، ٧٩) قرر أن استخدام هذه الطرق يؤدى إلى فوائد علاجية ملموسة بين المرضى بالقلق. ويجمع علماء العلاج النفسى والسلوكى اليوم على فائدة التدريب على الاسترخاء فى تخفيض القلق وتطوير الصحة النفسية. وفى الولايات المتحدة نجد أن كثيرًا من المعالجين النفسيين يستخدمون هذه الأساليب ويطورون أساليب أخرى للتدريب على الاسترخاء. وعلى سبيل المثال، يقيم الطبيب النفسانى «چوزيف ولپى» Joseph Wolpe نظرية كاملة فى العلاج النفسى تقوم على إرخاء العضلات إرخاء عميقًا (٤١، ١٣٣، ١٣٤).

ويُعتبر أسلوبه بحق من أشهر أساليب الاسترخاء على الإطلاق، على الرغم من أنه يذكر أن منهجه فى الاسترخاء العضلى يقوم على الأسس نفسها التى وضعها «چيكيبسون»، إلا أنه يستخدمة كجزء من منهجه العام فى التخفف من الأمراض العصابية بطريقة التطمين التدرجى التى سبق الحديث عنها. ولكى نبين كيف يمكن إجراء الاسترخاء العضلى علينا أن نبين الآن السر فى فاعليته ونجاحه فى التخفف من الاضطرابات الانفعالية والقلق.

تبين بحوث علماء النفس الفزيولوچى منذ القرن التاسع عشر أن جميع الناس تقريبًا تستجيب للاضطرابات الانفعالية بتغيرات وزيادة فى الأنشطة العضلية. وتتركز بعض هذه التغيرات فى الجبهة. وفى سنة ١٩٥٨، تبين أيضًا أن إثارة الانفعالات تؤدى أيضًا إلى توترات فى الرقبة، ومفاصل الذراعين، والركبتين والعضلات الباسطة(*). كذلك تتوتر حتى عضلات الأعضاء الداخلية كالمعدة، والقفص الصدرى، وعندما يتعرض الشخص لمنبهات انفعالية شديدة تزداد الحركات اللاإرادية فى اليدين والذراع.

ومن الثابت أيضًا أن الزيادة الشديدة فى التوتر العضلى تتوقف - أساسًا - على شدة الاضطرابات الانفعالية، بخاصة عندما يُواجَه الفرد بمشكلات تتعلق بتوافقه. ومن المؤسف أن التوتر العضلى الشديد لا يساعد، بل يضعف قدرة الكائن على التوافق، والنشاط البنَّاء، والإنتاج، والكفاءة العقلية. فالأشخاص فى حالات الشد والتوتر والقلق تنهار مقاومتهم وقدرتهم على الاستمرار فى النشاط العقلى والجسمى بسبب عجزهم عن توظيف العضلات النوعية المختلفة توظيفًا بنَّاءً.

لهذا نجد أن الاسترخاء يُعرَّف ـ بالمعنى العلمى ـ بأنه توقف كامل لكل الانقباضات والتقلصات العضلية المصاحبة للتوتر. والاسترخاء بهذا المعنى يختلف عن الهدوء الظاهرى أو حتى النوم، لأنه ليس من النادر أن تجد شخصًا ما يرقد على أريكته أو سريره لساعات معدودات لكنه لا يكف مع ذلك عن إبداء كافة العلامات الدالة على الاضطراب العضوى والحركى مثل عدم الاستقرار الحركى والتقلب المستمر والذهن المشحون بالأفكار والصراعات.

وإذا كان الاضطراب الانفعالى يؤدى إلى إثارة التوتر العضلى، فإن من الثابت أيضًا أن إثارة التوتر العضلى تجعل الشخص مستوفزًا للانفعال السريع فى الاتجاه الملائم لهذه التوترات. فرسم علامات الغضب على الوجه يجعل الشخص

(*) على سبيل المثال تبين أن كثيرًا من الجنود فى الحرب يفقدون السيطرة على ضبط التبول والتبرز.

سريع الاستجابة للمواقف الاجتماعية بالغضب مثلاً. قس على ذلك أى انفعال آخر سلبى، (كالخوف، والضيق) أو إيجابى (كالحب، والسرور، والتقبل...) والعكس أيضًا صحيح، بمعنى أن إرخاء التوترات العضلية، وإيقاف انقباضاتها يؤدى إلى التقليل من الانفعالات المصاحبة لهذه التوترات. وسنرى بعد قليل كيف يمكن القيام بهذا الاسترخاء.

التوتر العضلى والأمراض النفسية

فى الظروف العادية، تشيع حالات التوتر الخفيفة، والمؤقته، استجابة للمشكلات العقلية والاجتماعية التى تحتاج لدرجة معينة من التركيز والاهتمام وتعبئة الطاقة. غير أن التوتر فى تلك الحالات يُعتبر ضروريًا للإبقاء على الفرد فى حالة من اليقظة، ولا ينتهى بمضاعفات مرضية مبالغ فيها.

لكن هناك من ناحية أخرى بعض الأفراد ممن يعيشون طوال الوقت تقريبًا فى حالة من التوتر الشديد، ويصطحب هذا باستثارة فى الجهاز العصبى، من مظاهرها جمود عضلات بعض الأعضاء، وارتفاع الضغط، وزيادة نبضات القلب، واضطراب انتظام التنفس.

ويثبت عدد من الباحثين أن استمرار ارتفاع مستوى التوتر العضلى يظهر بين الأشخاص العصابيين الذين يعانون من حالات الصرع المستمر والقلق.

ويمتلئ التراث السيكولوجى ببحوث عدة تؤكد أن الاستثارة العضوية والعضلية العنيفة تشيع بشكل أكثر فى حالات الأمراض النفسية والعقلية. ففى مقارنة بين مجموعة من الأفراد العاديين والمرضى النفسيين تبين أن هذه المجموعة الأخيرة تعانى من الاضطراب والتوتر العضلى تحت كل الشروط. وفى حالات الاضطراب الوجدانى تبين فى مجموعة من الأفراد وجود زيادة مبالغ فيها فى بعض الاستجابات التى تنتمى إلى إطار التوتر العضلى مثل ضعف قدرة الجلد على المقاومة، وارتفاع النبض، وضغط الدم، واضطراب التنفس.

وفى مقارنة أخرى بين فئات من الفصاميين، والمصابين بالجنون الدورى (أى الانتقال فى فترات منتظمة من الاكتئاب إلى الهوس والتهيج)، والعصابيين

والأسوياء تبين أن الفصاميين من بين كل هؤلاء يكشفون عن أعلى درجات التوتر العضلى (انظر الفصل الثانى عشر من هذا الكتاب).

وقد يوحى هذا بأن أساليب الاسترخاء يمكن أن تؤدى إلى بعض النجاح فى علاج الاضطرابات الفصامية.

وفى حالات الاكتئاب النفسى تبين الدراسات القليلة بعض النتائج الطريفة. فعلى الرغم مما يتصف به هؤلاء المرضى من مظاهر التخلف فى النشاط الحسى والحركى (البطء فى الحركة، والكلام، والاستجابة) الذى قد يوحى بأنهم على درجة أقل من التوتر والاستثارة العضلية، فإن مقارنتهم بمجموعة من الأفراد العاديين على مقاييس التوتر فى الجبهة، والفكين، والذراعين والقدمين بينت أنهم أكثر توترًا من الأسوياء. وتبين بحوث مماثلة أن هذا التوتر يختفى أو يتضاءل بعد العلاج النفسى (انظر: الاكتئاب اضطراب العصر الحديث المرجع ٩).

أما فى حالات القلق والصراعات النفسية، فإن هناك ما يشبه الاتفاق على أن أعراض القلق تختلط بالتوتر العضلى. فعدم الاستقرار، والشد، والاستثارة الزائدة، والحركة المستمرة كقضم الأظافر، واللوازم الحركية، وفرك اليدين.. إلخ، ما هى إلا مظاهر قليلة من الاضطرابات العضوية والشائعة فى حالات القلق. وليس من النادر أن يشكو الشخص فى حالة القلق من التوتر فى جسمه، والصداع، وآلام الظهر، وخفقان القلب، وربما آلام فى القدم والساقين، والذراعين... إلخ.

لهذا يمكن القول إن التوتر لازمة من لوازم القلق وليس مجرد نتيجة له. فضلاً عن هذا؛ فإن هناك ما يثبت أن الاسترخاء العضلى، واستخدام العقاقير المطمئنة التى تهدئ من توترات العضلات يؤديان إلى انخفاض ملموس فى حالات القلق.

ومن المعتقد أن الاستجابات الحركية، واللوازم القهرية التى تشيع بين المرضى العصابيين كالوسوسة، وطقطقة الأصابع، وقضم الأظافر، والحركات القهرية فى

الفم، والعين، والابتسامات غير الملائمة، ما هى إلا أشكال حركية هدفها التخفف من القلق عندما يثور.

هل هناك توترات عضلية نوعية بحسب اتجاه الاضطراب الانفعالى؟

بينما نجد أن غالبية البحوث النفسية تميل إلى أن تتحدث عن اضطرابات عقلية عامة فى الجسم كله مصاحبة للاستثارة الانفعالية، هناك بعض الدراسات الشائقة التى تحاول أن تتابع الاستثارة الانفعالية على أنواع معينة من التوتر العضلى. ويمكن أن نطلق على هذا النوع من بحوث التوتر اسم (نوعية التوترات)، فهناك بعض الأفراد ممن تتركز استجاباتهم للقلق والانفعال فى شكل توترات عضلية خاصة ونوعية وليس فى الجسم كله. وعلى سبيل الأمثلة، هناك ما يدل على أن الصداع، وآلام الظهر (كأشكال من التوتر العضلى) تشيع لدى الأشخاص الذين يتميزون بالكسل، والعجز عن الفعل والنشاط.

كذلك نجد من النتائج ما يشير إلى أن المرضى الذين يعانون من توتر عضلات الرقبة، أو الرأس، أو الذراع غالبًا ما تكون هذه الأعضاء ذات قدر مرتفع من النشاط والفعل قبل ظهور التوترات فيها.

وفى دراسة على ٤٠٠ مريض تبين أن الصداع النفسى (أى الصداع الراجع للتوتر النفسى) يحدث بشكل خاص فى حالات القلق. أما المواقف التى تستثير الإحساس بالصراع، أو الذنب فإنها ـ غالبًا ما ـ تؤدى إلى آلام فى الظهر.

وفى دراسة على مجموعة من المرضى من ذوى الاستعداد للاستجابة بالصداع، وآلام الرأس، تبين أن مناقشة المواقف الصدمية معهم فى الجلسات العلاجية قد أدت إلى توترات عضلية فى الجبهة.

وهناك أيضًا ما يشير إلى أن التوترات العضلية فى الجسم لا تحدث فى حالة الاضطرابات الانفعالية الدائمة فقط، بل وعند إثارة أنواع من الصراع أيضًا. فمثلاً تبين أن إثارة العدوان تؤدى إلى زيادة فى توتر عضلات الجبهة، بينما تؤدى إثارة الرغبة الجنسية والصراع الجنسى إلى آلام وتوترات فى الساق.

وبغض النظر عن التأثير النوعى للمنبهات الانفعالية، تبين بشكل عام أن تطوير استجابات توترية فى عضل معين أمر تلعب فيه الفروق الفردية دورًا كبيرًا

أيضًا. فالفرد الذى اعتاد أن يواجه اضطراباته الانفعالية الراجعة للقلق بحالة من الصداع سيظهر الصداع لديه فى كل الاضطرابات الانفعالية الأخرى (العداوة، الجنس، الصراع... إلخ) بغض النظر عن طبيعة المصدر. أما لماذا يستجيب بعض الأفراد للاستثارة الانفعالية بتوترات عضلية عامة (فى الجسم كله)، بينما يستجيب البعض الآخر بالصداع، أو بآلام الظهر، أو بأى نمط عضوى اخر، فإن الإجابة لا تزال غير محسومة بعد. ولكن من المرجح أن يرجع جزء من هذا إلى عوامل عضوية تتعلق بالتركيب العضوى نفسه (من حيث القوة أو الضعف)، أو إلى عوامل اجتماعية، فبعض الجماعات تدعم الاستجابة بتوتر فى عضو معين، بينما لا تدعم (أو تستهجن) الاستجابة بأعضاء أخرى، وربما يكون أيضًا بسبب عوامل شخصية، وأنماط خاصة من التكيف الفردى.. فالشخص المستثار انفعاليًا وهو يمارس الكتابة أو القراءة قد تتوتر لديه عضلات العينين، أو الذراعين، أو الظهر... أو كلها جميعًا.

والخلاصة من هذا أن بحوث " نوعية التوترات" قد تضيف نتائج عميقة لفاعلية العلاج النفسى. وعلى سبيل المثال، فإن تنبه الشخص لذلك يجعله على دراية بأنواع التوتر العضلى المستثار. وسيسهم ذلك فى أن تعد خطة الاسترخاء بطريقة خاصة وربما مختصرة. (للمزيد عن نوعية التوتر انظر: المراجع ٢، ٤٩، ٦٦، ٧٥، ٧٧، ١٢٩).

التدريب على الاسترخاء

يستغرق تدريب المرضى على الاسترخاء العضلى المنظم فى العيادات النفسية عادة ست جلسات علاجية، فى كل منها يجب أن تُخصص عشرين دقيقة على الأقل لتدريبات الاسترخاء. وفى الوقت نفسه يُطلب من المريض أن يمارس التدريبات على الاسترخاء لمدة خمس عشرة دقيقة يوميًا بنفسه بحسب الإرشادات العلاجية.

ويجب قبل البداية فى التدريب على الاسترخاء أن نعطى الشخص تصورًا عامًا لطبيعة اضطرابه النفسى (أى القلق)، وأن نبين له أن الاسترخاء العضلى ما هو إلا طريقة من طرق التخفف من التوترات النفسية والقلق. لهذا نجد أن مجرد

الاسترخاء العادى بالرقاد على أريكة (أو سرير) يؤدى إلى آثار مهدئة ملحوظة. والسبب فى هذا أن هناك علاقة واضحة بين مدى استرخاء العضلات وحدوث تغيرات انفعالية ملطفة (أو مضادة للقلق).

ولا يوجد ترتيب محدد للأعضاء التى يجب البداية باسترخائها، ولكن من الضرورى - بالطبع - أن يبدأ التدريب على الاسترخاء ببعض أعضاء الجسم حتى يتمكن الشخص بالتدريج وبنجاح من ضبط قدرته على استرخاء عضلات الجسم كله.

ويفضل المعالجون السلوكيون - عادة - البداية بالتدريب على استرخاء عضلات الذراعين لسهولة ذلك من ناحية، وليتعلم المريض بشكل واضح معنى الاسترخاء العضلى ونتائجه من ناحية أخرى، ثم يتم الانتقال بعد ذلك لمنطقة الرأس؛ لأن كثيرًا من العوامل المهدئة للتوتر تتركز فى القدرة على السيطرة على عضلات الوجه، ومنطقة الرأس بشكل عام... وهكذا. وعلى العموم نجد أن إعداد المريض لممارسة التدريب على الاسترخاء العضلى تتكون من النقاط الآتية:

١ ـ يبين المعالج للمريض أنه مقبل على تعلم خبرة جديدة أو مهارة لا تختلف عن أية مهارة يكون قد تعلمها فى حياته قبل ذلك كقيادة سيارة، أو تعلم سباحة، أو لعبة رياضية جديدة. وبعبارة أخرى، يبين له أنه ـ أى المريض ـ مثله مثل كثير من الناس تعلم أن يكون مشدودًا ومتوترًا، وأنه بالمنطق نفسه يمكنه أن يتعلم أن يكون عكس ذلك أى قادرًا على الاسترخاء والهدوء، وأن دور المعالج هو أن يعلمه كيف يصل إلى ذلك.

٢ ـ يبين المعالج أيضًا بأنه نتيجة لهذا قد يشعر المريض ببعض المشاعر الغريبة كالتنميل فى أصابع اليد، أو إحساس أقرب للسقوط، وأنه يجب أن لا يخشى ذلك لأن هذا «شىء عادى ودليل على أن عضلات الجسم بدأت تتراخى». وهذه النقطة مهمة بشكل خاص؛ لأن كثيرًا من المرضى ـ خصوصًا الهستيريين ـ قد يستجيبون للاسترخاء بخوف مبالغ فيه أو يشعرون بأن شيئًا غريبًا يسيطر

على أجسامهم. بينما من المفروض أن يكون ذلك دليلاً على أن الاسترخاء قد بدأ يحدث فى عضلات الجسم.

٣ ـ ينصح المعالجُ الشخصَ بأن تكون أفكاره كلها مركزة فى اللحظة، أى فى عملية الاسترخاء وذلك للمساعدة على تعميق الإحساس به. ولكى يساعد المعالج على تحقيق أكبر قدر ممكن من النجاح فى هذه المرحلة، قد يطلب من المريض أن يتخيل بعض اللحظات فى حياته التى كان يعيش فيها بمشاعر هادئة وفياضة (يحسن أن يكون هذا التخيل بشكل نوعى، أى أن يكون المعالج قد عرف من المريض قبل ذلك بعض المواقف التى كانت تهدئ مشاعره، كالضوء الخافت، أو التدخين، أو الاسترخاء فى الظهيرة بعد وجبة شهية... إلخ).

٤ ـ من المخاوف التى تنتاب بعض المرضى شعورهم بأنهم سيفقدون القدرة على ضبط الذات(*). فى مثل هذه الحالات من الأفضل أن يتدخل المعالج ما بين الحين والآخر بتعليق أو أكثر حتى يبعث الطمأنينة فى المريض نفسه. وهذا الإجراء ضرورى بشكل خاص عندما يكون المعالج من جنس غير جنس المريض أو عندما يكون المريض (إذا كان من الجنس نفسه) من النوع الذى تنتابه مخاوف من الجنسية المثلية، وتبين لنا خبرتنا الخاصة أن الدور الأمثل الذى يجب على المعالج أن يمارسه فى مثل هذه اللحظات هو دور المرشد أو المعلم الذى لا يهدف للسيطرة على الجسم بمقدار ما يهدف إلى تعليم مريضه خبرة جديدة.

٥ ـ كقاعدة، يجب التوصية بالمحافظة على كل عضلات الجسم فى حالة تراخٍ تام أثناء الاسترخاء خصوصًا تغميض العينين لمنع المشتتات البصرية التى قد تعوق الاسترخاء التام. لكن فى كثير من الحالات خصوصًا فى الجلسات الأولى من العلاج قد يكون من الضرورى بين الحين والآخر السماح للمريض بأن يفتح عينيه. وهذا ضرورى بشكل خاص فى حالات الأشخاص الذين تتملكهم الريبة أو الشك، أو عندما يكون المريض من الجنس الآخر الذى قد يتصور فى هذا الموقف نوعًا من الإغراء أو التهديد الجنسى.

(*) بخاصة فى المواقف التى يتم فيها التدريب على الاسترخاء بحضور المعالج، ولا ينطبق هذا ـ بالطبع ـ على المواقف التى يمارس فيها الشخص الاسترخاء بمفرده.

٦ ـ من العوامل المهمة التى قد تعوق الاسترخاء الناجح تجول العقل فى تخيلات بعيدة. وعلى الرغم من أنه لا خطر فى ذلك، فمن الأفضل الرجوع بهذه الأفكار إلى الجسم والعضلات التى يتم استرخاؤها بقدر المستطاع.

٧ ـ وأخيرًا، فإن على المعالج أن يكون قادرًا على فهم مريضه، وحساسًا لكل شكوكه ومخاوفه، وقادرًا على كسب ثقته وتعاونه فى نجاح الاسترخاء. وفى كل الأحوال، إذا ظهر لأى سبب من الأسباب أن المريض غير مقبل أو متحمس للإجراء، فإن حساسية المعالج تجعله قادرًا على الانتقال إلى محاولة أشكال علاجية أخرى ملائمة.

نموذج للتدريب على الاسترخاء

من الضرورى أن نبين أن استرخاء أى عضو معناه اختفاء كامل لأى تقلصات أو انقباضات فى هذا العضو. ويمكن أن نستدل على نجاح استرخاء عضو معين (كعضلات الذراع مثلاً)، بتحريكه فى الاتجاهات المختلفة أو الضغط عليه، ويكون الاسترخاء ناجحًا إذا لم نجد أية مقاومة من هذا العضو. بتعبير آخر تكون أعصاب هذا العضو متوقفة تمامًا عن أى نشاط. ويتوقف جزء كبير من نجاح العلاج السلوكى فى قدرة الشخص على ذلك، وبالتالى التمكن بعد ذلك من الاسترخاء الناجح الإرادى لكل عضلات الجسم عضوًا فعضوًا. لهذا نجد أن هناك اهتمامًا كبيرًا ـ فى الوقت الحالى ـ بابتكار تدريبات من شأنها أن تساعد على الاسترخاء العضوى الكامل تدريجيًا. وقد اخترنا للقارئ نموذجًا لذلك فى نهاية هذا الفصل تتوافر فيه مزايا عدد من الطرق. وبالطبع يمكن تطبيق ذلك التمرين ذاتيًا فى الموقف المختلفة التى قد تعرض الشخص للقلق والتوتر (انظر التذييل فى نهاية الفصل). ولتيسير استخدام تدريبات الاسترخاء يمكن للقارئ أن يقوم بتسجيل أحدها بصوت عميق وهادئ، وأن يعيد التسجيل فى كل مرة يحاول فيها الاسترخاء، منفذًا التعليمات المتضمنة. وتبيع معاهد العلاج النفسى فى الولايات المتحدة تسجيلات لتدريبات من هذا النوع، يمكنها أن تقوم مقام المعالج النفسى بعد انتهاء جلسات العلاج، ولو أننا ننصح باستخدام هذه التسجيلات بعد التدريب المنهجى على الاسترخاء على يد المتخصصين فى المجال.

التطبيقات العامة للاسترخاء

تعلم الاسترخاء يمنح الشخص مهارة وخبرة يمكن للمعالج وللشخص كليهما استثمارها فى أغراض عدة:

١ ـ من أول الأهداف الرئيسية لتعلم الاسترخاء هو إمكانية استخدامه مع أسلوب التطمين التدريجى، أو التعويد التدريجى على المواقف المثيرة للقلق. صحيح أن من الممكن استخدام أسلوب الاسترخاء وحده، إلا أن الغالبية تستخدمه جنبًا إلى جنب مع أسلوب التطمين التدريجى (الذى سبقت الإشارة إليه).

٢ ـ وبنفس المنطق يمكن أن يُستخدم الاسترخاء كأسلوب من أساليب العلاج الذاتى والضبط الذاتى فى حالات القلق الفعلى. ولهذا ليس من النادر أن نجد أن كثيرًا من المعالجين يوصون بمحاولة الاسترخاء لدقائق معدودات يوميًا وقبل الدخول فى مواقف (حياتية) مثيرة للقلق، كالظهور أو الحديث أمام الناس أو المقابلات التى تجرى عند الترشيح لعمل ما... إلخ.

٣ ـ فى حالات كثيرة يطلب المعالج من مريضه أن يقوم بتمثيل دور شخص آخر (الأب، الرئيس... إلخ) بهدف اكتساب القدرة على فهم تلك الشخصيات، والتكيف معها... ونظرًا لأن هذه الشخصيات قد تكون مصدرًا لقلق الشخص، بحيث قد يعجز عن القيام بتمثيلها... فإن تذكره بأنه قد تعلم خبرة جديدة وأن عليه أن يمارسها الآن (الاسترخاء) سيؤدى إلى نجاح أسلوب تمثيل الأدوار؛ وبالتالى تحييد المشاعر والقلق نحو النماذج المهددة أو الداعية للقلق كالآباء أو نماذج السلطة بشكل عام.

٤ ـ ويُستخدم أسلوب الاسترخاء فى كثير من الأحيان للتغيير من الاعتقادات الفكرية الخاطئة التى قد تكون أحيانًا من الأسباب الرئيسية فى إثارة الاضطرابات الانفعالية؛ وبالتالى يمكن للشخص أن يدرك المواقف المهددة بصورة عقلية منطقية. ومن المعروف أن استخدام الاسترخاء فى علاج حالات القلق والمخاوف، وتوهم الأمراض، من شأنه وحده أن يمنح الشخص بصيرة عقلية واقعية بطبيعة قلقة. فالقلق الذى كان يعتقد المريض أنه حدث لأسباب فسيولوچية عضوية فيه؛ وبالتالى يشكل سلوكه وفق هذا الاعتقاد، يصبح الآن شيئًا يمكننا ضبطه والتحكم فيه ذاتيًا. وعلى سبيل المثال، أمكن أن يُستخدم

أسلوب الاسترخاء مع حالة من فصام البارانويا(*) بطريقة أدت إلى تغيير معتقدات المريض الخاطئة عن وجود تغيرات وإحساسات فى جسده لا يستطيع فهمها، إلى معتقدات معقولة عن طبيعة تلك التغيرات.

٥ ـ كذلك يمكن استخدامه منفردًا فى علاج كثير من الأشكال المرضية. أمكن، ـ على سبيل المثال ـ أن يُستخدم أسلوب الاسترخاء فى علاج حالات الضعف الجنسى. ففى حالة مريض شاب كان يشكو من القلق والاكتئاب، شكا أيضًا أنه عند الاتصال الجنسى بزوجته كان يعانى من القذف السريع بعد نصف دقيقة أو دقيقتين على الأكثر من الإيلاج. وقد أدى هذا إلى إثارة كثير من التوترات لديه ولدى زوجته. وبتوجيه من المعالج أمكن للمريض أن يتعلم الاسترخاء العضلى فى الدقائق الخمس عشرة السابقة على الاتصال الجنسى؛ بخاصة فيما يتعلق باسترخاء الأجزاء السفلى من الجسم والساقين. وقد استطاع المريض بعد أسابيع قليلة أن يتغلب على مشكلة القذف السريع وبالتالى كل جوانب القلق التى كانت تحيط بها. كذلك هناك بعض التقارير التى تبين نجاح استخدام هذا الأسلوب فى حالات الصداع النصفى والأرق.

وتبين دراسات أخرى أن التدريب على الاسترخاء يؤدى إلى تغيير فى مفاهيم المرضى عن ذواتهم (مفهوم الذات) فيصبحون بعد تعلم الاسترخاء أكثر ثقة بالنفس، ربما بسبب القوة التى يمنحها الاسترخاء لهم وما يعلمه لهم من قدرة على ضبط الذات، والتحكم فى التغيرات الجسمية.

الإجراءات

تتفاوت إجراءات الاسترخاء العضلى من حيث الطول، فبعض التدريبات قد تستغرق نصف ساعة بخاصة فى البداية، والبعض الآخر قد يستغرق عشر أو خمس دقائق بحسب خبرة الشخص ونجاحه فى ممارسة التدريبات، والتدريب الذى ستأتى الإشارة له فى تذييل هذا الفصل يستغرق نصف ساعة، وهو تدريب

(*) فصام البارانويا: حالة من حالات الاضطراب العقلى التى تتملك فيها الشخص معتقدات وأفكار خاطئة قد تكون مصدرًا للخطر على الشخص نفسه أو على البيئة. كسيطرة مشاعر وأفكار اضطهادية، أو عظمة بطريقة تفسد من إدراك الواقع وتشوه منه. (انظر الفصل الأول).

من شـأنه أن يُطلّع الشـخص ويمكّنه من كثير من الفوائد التى يجنيها من الاسترخاء. وسواء بدأ الراغب فى ممارسة التدريب ممارسته للاسترخاء بتوجيه من المعالج وبحضوره أو بتوجيه ذاتى، فإن الخطوات التالية ذات فائدة جمة:

١ ـ استلق فى وضع مريح عند بداية التدريب.. وتأكد من هدوء المكان وخلوه من المشتتات.

٢ ـ المكان الذى سترقد عليه يجب أن يكون مريحًا.. ولا توجد به أجزاء نافرة أو ضاغطة على بعض أجزاء الجسم.

٣ ـ ليس بالضرورة أن تكون راقدًا أو نائمًا.. بل يمكن البدء فى التدريبات وأنت جالس فى وضع مريح.. (وربما وأنت واقف فى بعض الحالات).

٤ ـ ابدأ بتدريب عضو واحد فى البداية على الاسترخاء ويُفضل أن يكون الذراع، كما فى الخطوات الآتية.

٥ ـ أغلق راحة يدك اليسرى بإحكام وقوة.

٦ ـ لاحظ أن عضلات اليد ومقدمة الذراع اليسرى تنقبض وتتوتر وتشتد.

٧ ـ افتح راحة يدك اليسرى بعد ثوان معدودات، وأرخها وضعها فى مكان مريح على مسند الأريكة. لاحظ أن العضلات أخذت تسترخى وتثقل.

٨ ـ كرر هذا التمرين عددًا من المرات حتى تدرك الفرق بين التوتر والشد العضلى فى الحالة الأولى، والاسترخاء الذى ينجم بعد ذلك عندما تفرد راحة يدك اليسرى، وإلى أن تتأكد من أنك أدركت الفكرة من الاسترخاء العضلى. وأنه بإمكانك ضبط عضلات راحة يدك اليسرى.

٩ ـ كرر هذا التمرين (الشد والإرخاء) مع بقية العضلات الأخرى بحسب ما هو موضح فى التذييل.

١٠ ـ بعد اكتساب القدرة على التحكم فى التوتر العضلى والاسترخاء فى جميع أعضاء الجسم عضوًا فعضوًا بالطريقة السابقة، سيمكنك فى المرات التالية استغراق وقت أقل فى ذلك.

١١ ـ اكتساب القدرة على الاسترخاء بهذا النظام سيمكنك فى مواقف تالية من التحكم فى الاسترخاء العضلى، فى مناطق معينة من الجسم فقط. فعندما تحتاج بعض المواقف إلى الإبقاء على بعض العضلات الأخرى غير المستخدمة لهذا الغرض فى حالة استرخاء فى مواقف قيادة سيارة ـ مثلا ـ تحتاج لعينيك وقدمك ويدك أن تكون فى حالة من التأهب؛ لكن ـ بالطبع ـ يمكنك الإبقاء (حتى وأنت تقود سيارتك) على بعض العضلات الأخرى فى حالة استرخاء مثل عضلات الكتفين والظهر، والبطن والساقين.. لاحظ أنه يمكنك أن تكون مسترخيًا وأنت فى قمة النشاط.

١٢ ـ من المهم أن تستخدم قوة الإيحاء والتركيز الفكرى لمساعدتك على الوصول إلى إحساس عميق بالاسترخاء العضلى فى لحظات قصيرة. لهذا من المفيد أن تدرب التفكير على التركيز فى عمليات الشد والاسترخاء العضليين بالطريقة السابقة.. إذا وجدت أن تفكيرك يهيم فى موضوعات أخرى أرجعه إراديًا إلى الإحساس بالجسم.

١٣ ـ لا تيأس إذا عجزت عن الوصول إلى حالة عميقة من الاسترخاء، فإن التكرار من شأنه أن يمكّنك من ضبط الجسم بإبقائه فى حالة استرخاء إن عاجلاً أو آجلاً.

تذييل

تدريب على الاسترخاء العضلى بطريقة منظمة

فيما يلى نموذج للتدريب العضلى أخذناه من مصادر متعددة؛ لأنه يجمع مزايا كثير من الطرق من ناحية، ولأن خبرتنا تدل على فاعليته من ناحية أخرى(*):

«استلق الآن على أريكة مريحة أو كرسى أو سرير وفى وضع مريح لجسمك كله بقدر استطاعتك، أغمض عينيك، وأصغ إلىَّ. سأنبهك الآن لبعض الإحساسات أو التوترات فى جسمك، وسأبين لك بعدها أنه باستطاعتك أن تقلل منها وأن تتحكم فيها.. جميل! إن جسمك الآن لا يزال فى وضعه المريح ولا تزال عيناك مغمضتين فى استرخاء لطيف (لحظة صمت). وجه انتباهك إلى ذراعك اليسرى أولاً.. كل انتباهك الآن وتركيزك على ذراعك اليسرى: الذراع اليسرى بشكل خاص، أغلق راحة يدك اليسرى..أغلقها بإحكام وبقوة (لحظة صمت). لاحظ أن عضلات يدك الآن وعضلات مقدمة الذراع اليسرى تنقبض وتتوتر وتشتد. انتبه لهذا التوتر والشد. لاحظه. والآن دع هذا. افتح يدك اليسرى وأرخها وضعها على مكان مريح على مسند الأريكة أو وسادة ولاحظ الفرق بين ما كانت عليه من شد وتوتر وما هى عليه الآن من استرخاء (عشر ثوانٍ صمت). والآن مرة أخرى كرر ذلك: أغلق راحة يدك اليسرى بإحكام وقوة ولاحظ التوتر والشد من جديد. لاحظه ثم من جديد دع هذا كله. افتح يدك اليسرى ودعها فى وضعها المريح ولاحظ ما كانت عليه من توتر وما هى عليه الآن من استرخاء (١٠ ثوانٍ صمت).

(*) أشرنا إلى أنه يمكن القيام بتسجيل ذلك بصوت هادئ وعميق، على الرغم من أن الرجوع لخبير فى العلاج النفسى من هذا النوع أكثر فائدة، وقد يكون ضروريًا على الأقل فى البدايات الأولى من التعلم.

لنتجه الآن **ليدك اليمنى**. أغلق بإحكام راحة اليد اليمنى ولاحظ التوتر فى اليد اليمنى والذراع (٥ ثوانٍ صمت). والآن استرخ، استمر فى وضعك المريح وأرخ يدك اليمنى. لاحظ الفرق فيما كانت عليه من توتر وما هى عليه الآن فى وضعها المريح. استمتع بهذا الانتقال وحاول أن تتذوقه (١٠ ثوانٍ). كرر هذا من جديد: أغلق راحة يدك اليمنى بإحكام وقوة. لاحظ ما هى عليه من شد وتوتر. ارخها ودعها فى وضع مريح فاردًا أصابعك باسترخاء. لاحظ أيضًا أن هناك تنميلاً ولينًا وخَدَرًا قد بدأ ينتشر فى ذراعيك: اليمنى واليسرى. كلتا ذراعيك الآن قد بدأت تسترخيان... وتسترخيان.

والآن دعنا نتجه إلى **راحة اليد**. اثن راحتيك كلتيهما إلى الخلف إلى أن تشعر بالشد والتوتر فى المعصم وظهر اليد. ادرس هذا التوتر، ولاحظه. والآن استرخ وعد بمعصميك إلى وضعهما المريح، ولاحظ الفرق بين التوتر والاسترخاء (عشر ثوان). كرر هذا مرة أخرى. اثن معصميك إلى الخلف واشعر بالشد فى مقدمة الذراع وخلف راحة اليد. ثم استرخ وأرخ معصميك.. عد بهما إلى وضعهما المريح.. دع نفسك على سجيتها. واشعر باسترخاء أكثر وأكثر.

والآن أطبق بإحكام **كفيك**، واثنهما فى المقدمة فى اتجاه الذراعين إلى أن تشعر بتوتر عضلات أعلى الذراعين فى ذلك الجزء الممتد من الرسغ حتى المرفق. حاول أن تدرس التوتر وأن تحسه. والآن استرخ. أسقط ذراعيك بجانبيك ولاحظ الفرق بين التوتر السابق فى عضلات الذراع وما هى عليه الآن من الاسترخاء النسبى الذى تحسه الآن (عشر ثوان صمت). كرر هذا مرة أخرى. اقبض كفيك بإحكام واثنهما فى اتجاه الكتفين محاولاً أن تلمسهما بقبضتك. توقف وأسقط ذراعيك واسترخ. اشعر بالتناقض بين التوتر والاسترخاء. دع تلك العضلات على سجيتها أكثر فأكثر (عشر ثوان). والآن دعنا نتحول إلى منطقة أخرى، أى **الكتفين**. ارفع كتفك كما لو كنت تريد لمس أذنيك بكتفك. لاحظ التوتر الذى يظهر فى الكتفين وفى عضلات الرقبة. ادرس هذا التوتر ولاحظه. توقف. استرخ عائدًا بكتفيك إلى وضع مريح. دع عضلاتك على سجيتها أكثر فأكثر. لاحظ من جديد الفرق والتعارض بين التوتر والاسترخاء كرر ذلك مرة أخرى.

ارفع كلتا الكتفين كأنك تريد أن تلمس بهما الأذنين. لاحظ التوتر فى الكتفين والرقبة. ادرس هذا التوتر فى تلك العضلات. والآن استرخ. أرخ عضلات كتفك، وعد بهما إلى وضع مريح. ادرس التعارض بين التوتر والاسترخاء من جديد (عشر ثوان).

تستطيع أيضًا أن تتعلم كيف ترخى مختلف **عضلات وجهك**. الآن عليك أن تغمض أو تجعد **جبهتك وحاجبيك** إلى أن تشعر بأن عضلات الجبهة قد اشتدت وأن جلدها قد (تكرمش). والآن استرخ، وعد بعضلات الجبهة إلى وضعها المسترخى. أرخها أكثر فأكثر (عشر ثوان). كرر هذا من جديد غضِّن، أو جعِّد جبهتك. ولاحظ التوتر فى منطقة **الجبهة**، وأعلى **العينين**. والآن أرخ الجبهة، واسترخ بعضلاتها. ولاحظ من جديد التعارض بين التوتر والاسترخاء فى الجبهة (عشر ثوان).

والآن أغلق **عينيك** بإحكام. أغلقهما بإحكام وقوة حتى تشعر بالتوتر قد أخذ يشمل كل المنطقة المحيطة والعضلات التى تحكم حركات العينين (خمس ثوان). والآن أرخ تلك العضلات ولاحظ التعارض بين التوتر السابق والاسترخاء (عشر ثوان). كرر هذا من جديد. أغلق عينيك بإحكام وقوة. والتوتر يشملهما. استمر (٥ ثوان). والآن استرخ.. ودع عضلات عينيك على سجيتها فى وضعها المريح المغمض (١٠ ثوان).

والآن أطبق **فكيك وأسنانك** بإحكام كما لو كنت تعض على شىء. لاحظ التوتر فى الفكين (٥ ثوان). والآن دع فكيك واسترخ ودع **شفتيك** منفرجتين قليلاً، لاحظ التعارض بين التوتر والاسترخاء فى منطقة الفكين (١٠ثوان). مرة أخرى أطبق الفكين. لاحظ ما فيهما من توتر (٥ ثوان). والآن دع ذلك واترك نفسك على سجيتها، مسترخيًا أكثر فأكثر (١٠ ثوانٍ) والآن اتجه إلى شفتيك، ضمهما، واضغط بكل منهما على الأخرى بإحكام. جميل! اضغط كل منهما على الأخرى بكل ثقلك ولاحظ التوتر الذى بدأ ينتشر حول الفم. والآن استرخ وأرخ عضلات شفتيك ودع ذقنك فى وضع مريح. مرة أخرى اضغط شفتيك وادرس التوتر المحيط بالفم. استمر (٥ ثوان). لاحظ كيف أن مختلف تلك العضلات قد بدأت

تتراخى بعد هذا الشد والاسترخاء المتوالى. الآن كل من يديك، وجهك، وذراعيك، وكتفيك، ومختلف عضلاتك جميعها مسترخية فى وضع هادئ.

والآن لنتجه إلى **الرقبة**. اضغط برأسك إلى الخلف على المساحة التى تستند إليها. اضغطها إلى أن تشعر بتوتر فى خلف الرقبة والجزء الأعلى من الظهر بالذات. استمر. ادرس ذلك والآن دع ذلك، وعد برأسك إلى وضع مريح، وحاول أن تتمتع بالفرق بين التوتر والاسترخاء العميق الذى أنت عليه الآن. استمر الآن فيما أنت فيه، أكثر فأكثر، وأعمق فأعمق بقدر ما تستطيع. كرر هذا من جديد: شد برأسك إلى الخلف. ولاحظ التوتر المستثار. استمر فى ذلك لحظة (٥ ثوان) والآن دع ذلك وانتقل إلى استرخاء عميق... عميق (١٠ ثوان).

والآن مد رأسك إلى الأمام، كما لو كنت ستدفع بذقنك فى صدرك. لاحظ التوتر الذى يحدث الآن فى **الرقبة**. والآن استرخ. دع كل هذا واسترخ على سجيتك (١٠ ثوان). كرر ذلك. ادفن ذقنك فى صدرك. استمر فى ذلك قليلاً (٥ ثوان). والآن استرخ أكثر فأكثر (١٠ ثوان).

والآن إلى عضلات **الجزء الأعلى من الظهر**. قوِّس ظهرك. قوسه كما لو كان صدرك سيلتصق بالبطن. لاحظ التوتر فى الظهر، بخاصة فى الجزء الأعلى. والآن استرخ، وعد بجسمك إلى وضعه الطبيعى فاردًا ظهرك فى وضع مريح سواء أكنت على كرسى أم أريكة. ولاحظ الفرق بين التوتر السابق فى الظهر والاسترخاء الحالى. (١٠ ثوان) مرة أخرى قوِّس الظهر. لاحظ التوتر المستثار. استمر قليلا (٥ ثوان) والآن عد بعضلات ظهرك إلى وضعها المسترخى، تاركًا كل شىء على سجيته (١٠ثوان).

والآن خذ نفسًا عميقًا. شهيقًا عميقًا، لاحظ الآن أن التوتر قد بدأ ينتشر فى **الصدر وفى أسفل البطن**. والآن استرخ وكن على السجية. وتنفَّس الهواء. واستمر فى تنفسك العادى. ولاحظ من جديد التعارض بين ما عليه الآن صدرك وبطنك من استرخاء وما كانا عليه من توتر (١٠ثوان). أعد ذلك من جديد. خذ شهيقًا عميقًا، واكتمه، ولاحظ التوتر، والعضلات التى تشتد. والآن ازفر وتنفس بطريقة

عادية ومريحة، تاركًا عضلات الصدر والبطن فى استرخاء أكثر فأكثر كلما تنفست (١٠ ثوان).

والآن اقبض **عضلات البطن**. شدها إلى الداخل. حافظ على هذا الوضع قليلاً. والآن استرخ، ودع تلك العضلات تتراخى. استرخ ودع نفسك على سجيتها (١٠ ثوان). أعد هذا من جديد، شد عضلات بطنك بإحكام إلى أن تشعر بتوترها. لاحظ هذا التوتر وادرسه (٥ ثوان). والآن استرخ ودع كل شىء يتراخى فى عمق أكثر فأكثر. توقف عن أى شد، وتخلص من أى توتر فى أى عضل ولاحظ التعارض بين التوتر والاسترخاء الحالى (١٠ثوان) .

والآن افرد **ساقيك** وأبعدهما بقدر ما تستطيع. افردهما حتى تلاحظ التوتر المستثار فى منطقة **الفخذ** (٥ ثوان). والآن استرخ ودع ساقيك تسترخيان ولاحظ الفرق من جديد بين التوتر السابق للفخذين وما هما عليه الآن من وضع مريح، واسترخاء محسوس (١٠ ثوان). أعد هذا من جديد. الصق ركبتيك، وأبعد رجليك بقدر ما تستطيع حتى تحس بتوتر شديد فى الفخذين (٥ ثوان). والآن سترخ. أرخ عضلات جسدك، دع كل الأعضاء على سجيتها وتخلص من كل الشد الذى حدث فى الفخذين (١٠ ثوان).

والآن إلى **بطن الساق**. حاول أن تشد عضلاتها بأن تثنى قدميك إلى الأمام فى اتجاه الوجه. انتبه إنك عندما تثنى قدميك فى اتجاه الوجه ستشعر بالشد والتوتر، والانقباضات فى **بطن الساق** وفى **القصبة** على السواء. والآن استرخ بالقدمين وأعدهما إلى وضعهما السابق، ولاحظ من جديد الفرق بين الشد والاسترخاء (١٠ ثوان). والآن هذه المرة: اثن قدميك الخلف فى اتجاه رسغ القدم، محاولاً أن تجعل أصابع القدمين ممتدة فى اتجاه الرأس ولاحظ الشد فى قصبة الساقين وبطنهما، استمر قليلاً. والآن عد إلى سجيتك مسترخيًا بكل عضلاتك إلى وضعهما السابق. ساعد نفسك على الاسترخاء أعمق وأعمق من قبل (١٠ ثوان).

والآن إن كل المناطق الرئيسية فى جسمك مسترخية تقريبًا وأنت تلاحظ الفرق بين التوتر والاسترخاء. ونلاحظ أنك إن تشد عضلات أعضائك وإن توتِّرها وبالقدر نفسه تستطع أن تسترخى بجسمك كله. إنك تسترخى، وإذا لم تكن بعض أعضائك مسترخية فحاول أن ترخيها. راجع معى من أسفل إلى أعلى كل عضلات أعضائك إذا لم تكن مسترخية فأرخها حالاً ـ عضلات القدم وبطن الساق والرسغ جميعها مسترخية (٥ ثوان) أرخ عضلات الفخذين، والركبة وبطن الساق، القصبة (٥ ثوان). العجز والردفين (٥ ثوان) البطن وأسفل الوسط (٥ ثوان) أعلى الظهر، والصدر، والكتفين (٥ ثوان) راحة اليد والأصابع والذراعين (٥ ثوان) الرقبة والزور (٥ ثوان).. جبهتك مسترخية (٥ ثوان).. كل عضلاتك مسترخية ومستلقية فى وضع مريح.. والآن استمر فى الوضع المريح وسأعد من واحد إلى عشرة.. وفى كل مرة حاول أن تسترخى أعمق فأعمق.. ١، ٢، ٣، ٤، ٥، ٦، ٧، ٨، ٩، ١٠. جميل أنك قد أخذت قسطًا وافيًا من الاسترخاء الآن.. وسأعد تنازليًا من خمسة إلى واحد وعندما أصل إلى واحد ستفتح عينيك، وتجلس، وتستيقظ فى نشاط هادئ ٥، ٤، ٣، ٢، ١ عيناك مفتوحتان، وأنت الآن فى كل يقظة وفى كامل نشاطك ودون قيود.

الخلاصة

جميع الناس تقريبًا تستجيب للاضطرابات الانفعالية كالقلق بتغيرات وزيادة فى توترات عضلات الجسم. ومن شأن هذا التوتر أن يضعف من قدرة الكائن على المقاومة أو الاستمرار الكفء فى نشاطه الجسمى والعقلى، بل ويجعله أكثر استهدافًا لمزيد من الانفعال والاضطراب والخوف والسلبية، وتشيع حالات التوتر العضلى بين المرضى النفسيين والعقليين أكثر من شيوعها بين الأسوياء والناجحين اجتماعيًا والقادرين على ممارسة أنشطة الحياة بكفاءة. ويُصطحب كل اضطراب انفعالى بتوتر نوعى فى بعض عضلات الجسم، فالقلق يصطحب بتوتر فى عضلات الرأس (الصداع)، والإحساس بالذنب بتوتر فى عضلات الظهر (كآلام الظهر).. إلخ. ويستجيب المرضى النفسيون والعقليون بتوترات عضلية عامة قد تشمل الجسم كله. ويقدم هذا الفصل بعض الأساليب للمساعدة فى السيطرة على التوترات العضلية وتحقيق الاسترخاء العضلى. ويوضح أنه بإمكان الإنسان أن يتعلم وسائل من شأنها أن تساعده على تحقيق هذا الاسترخاء. ويؤدى نجاح الشخص فى تعلم الاسترخاء العضلى إلى تغيرات شاملة فى الشخصية وإلى مزيد من الكفاءة والنضج فى مواجهة مشكلات الحياة وتأزماتها الاجتماعية والنفسية والجنسية. وعرضنا للإجراءات التى يمكن استخدامها لتحقيق أكبر قدر ممكن من الاسترخاء العضلى العميق هوأحد التدريبات المهمة لذلك. وتوجد أساليب للاسترخاء أكثر تنوعًا وتتناسب مع طبيعة مصادر التوتر يمكن للقارئ أن يطلع عليها في مصادر كثيرة من أهمها: (المراجع ٤، ٤٤، ٤٩، ٧٦، ٨٥، ٩٤، ١٠٦).

الفصل السادس
أسلوب تأكيد الذات والحرية والانفعالية والتدريب على اكتساب المهارات الاجتماعية

اشتكى شاب فى الثامنة والثلاثين من العمر من شعور حاد بالاكتئاب والانقباض، ووصف نفسه بأنه لا يصلح لتولى مسئوليات عمله. وعلى الرغم من تفوقه الشديد فى المحاسبة والاقتصاد، إلا أنه لم يتلق أية ترقيات تُذكر فى عمله. وأوضح أنه يشعر بالإحباط وانخفاض فى روحه المعنوية. وقد لقى ترقية تافهة فى مؤسسة ضخمة فى الوقت الذى ذهب فيه طالبًا العلاج. لقد كانت تلك الترقية صدمة بالنسبة إلى رجل بهذه المؤهلات الممتازة، ذلك ما دفعه مباشرة لطلب العلاج السلوكى كملجأ أخير لمعاناته. (انظر: المرجع ١٣٤).

وقد اتضح منذ بداية الجلسة العلاجية الأولى أن هذا الشاب يفتقر افتقارًا شديدًا لتأكيد الذات والثقة بالنفس. ولهذا أعطاه المعالج كتابًا مشهورًا فى هذا الموضوع(*)، ونصحه بأن يقرأ بعض فصول الكتاب، وأن يعد نقدًا لها فى الجلسة التالية. وقد عاد المريض للجلسة التالية بعد أن نفذ ما طلبه منه المعالج وأوضح بأنه يشعر بأن لا أمل له بالمرة فى المستقبل.

حاول المعالج أن يمدّه بكل التشجيع والثقة، لكن حذره فى الوقت نفسه من التداعى والانهيار السريع.

وفى الجلسة التالية بين شابُّنا أن ترقيته فى العمل هى السبب الرئيسى وراء كل المتاعب التى يتعرض لها، وأن الترقية الملائمة ستجعله قادرًا على اكتساب

(*) كتاب سالتر عن العلاج من خلال الفعل المنعكس الشرطى، ويوضح هذا بأن المعالج النفسى يقوم بدور تربوى توجيهى لمرضاه وليس مجرد دور سلبى يقوم على وصف العقاقير والتشجيع على الثرثرة.

الثقة بالنفس وتأكيد الذات. «إننى أشعر بأننى ما لم أحصل على حقى فى العمل، فإن أية محاولة منك أو منى للعلاج لن تنتهى إلا بضياع وقتينا معًا».

أوضح المعالج أن افتقاره لتأكيد ذاته فى العمل هو السبب وليس النتيجة لكل المتاعب والفشل الذى يواجهه فى العمل، وأن تقدمه المهنى يتلو قدرته على تأكيد ذاته ولا يسبقها. لقد كان واضحًا أن المريض يحاول أن يستخدم موقف العمل كمحك وحيد مسئول عن تقدمه وتحسنه بشكل عام.

وقد بين التحليل الدقيق أن ظروف الترقية والتقدم فى المؤسسة التى يعمل فيها الشاب محدودة للغاية. وكان من الواضح أن الحل الأمثل هو أن يترك المكان الذى يعمل فيه حاليًا إلى مكان آخر به ظروف أفضل للترقية. لكن المريض رفض ذلك مبررًا بأنه يشعر بالتهديد وعدم الأمان عندما يعمل فى بيئة غير مألوفة إليه. وقد كشفت الاستفسارات التالية بأن الشاب يخشى فكرة المقابلة الشخصية التى تُعقد مع المشرفين على العمل قبل تعيينه. وهنا جعل المعالج هذه النقطة بؤرة اهتمام للتدريب على تأكيد الذات مستخدمًا أساليب لعب الأدوار بالشكل الآتى:

طلب المعالج من المريض أن يتصور أن المعالج نفسه هو مدير عمل فى مؤسسة، وأن المريض الآن فى موقف مقابلة مع المدير للترشيح لهذا العمل. وبناءً على هذا، طلب من المريض أن يترك حجرة العلاج وأن يتجه إلى الباب طالبًا الإذن بالدخول لعقد المقابلة.

وعندما أذِن المعالج للمريض بالدخول، فتح المريض الباب واقترب من المكتب بتردد وحذر. وعندئذ قطع المعالج هذا الإجراء لكى يعكس للمريض الطريقة الخنوعية التى دخل بها، والتعبيرات المستكينة. ونظرات العينين المنكسرة، وغير ذلك من مظاهر التوتر. لهذا طلب منه أن يجلس على المكتب بدلاً منه، وأن يمثل دور المدير وأن يمثل المعالج دور المتقدم للعمل طالبًا منه فى الوقت نفسه أن ينتقده بعد انتهاء الدور. وعند قيام المعالج بهذا الدور حاول أن يرسم شكل دخوله للمكتب بطريقة الإنسان المتأكد والواثق، طالبًا من المريض أن يلاحظ كل جوانب

السلوك التى تصدر عنه سواء من حيث وضع الجسم أو طريقة السير، أو نظرات العينين ومتى يجب أن تلتقى بعين المدير، ومتى يجب أن لا تلتقى.

وقد تكرر هذا الإجراء عددًا كبيرًا من المرات حتى استطاع أن يقترب من المدير القابع خلف مكتب (المعالج)، وقد خلت تعبيراته وملامحه من كل مظاهر المسكَنة والقلق، كذلك دربه المعالج على أساليب مختلفة من المقابلات لأنماط من المديرين: المدير الذى يقف من مكتبه لكى يلتقى به عند باب الدخول، والمدير الذى يتركه بإهمال وهو يقرأ بعض الوثائق المهمة، والمدير الذى يحاول قاصدًا أن يخفف من توتره... وهكذا.

وبعد تطبيق هذا الأسلوب بدأ المعالج يركز على محتوى المقابلة، فطلب من المريض أن يجيب عن أسئلة تتعلق بمؤهلاته وخبراته، وتاريخ حياته مسجلاً هذه الإجابات على جهاز تسجيل. وقد طلب منه بعد ذلك أن يضع نفسه فى موقع مدير العمل، وأن يقرر ما إذا كان سيقبل المتقدم لهذا العمل بناءً على هذه المقابلة المسجلة أم لا. لقد كان واضحًا من التسجيل أن قدرة المريض على التغيير من تعبيراته وملامحه وطريقة دخوله للمكتب لم تشمل بعد طريقة كلامه المترددة عن إمكاناته وخبراته. لقد كان ببساطة يقلل من قدرة نفسه، فبدلاً من أن يؤكد على خبراته الممتازة كان يغمغم بكلمات غير مفهومة وغير مؤثرة، وفيها من المعلومات أكثر مما فيها من تركيز على الأشياء التى يتقنها، لهذا قام المعالج بعرض نفس هذه المعلومات بطريقة لفظية ناجحة، وطلب من المريض أن يعيد ذلك. ونتيجة لهذا أمكن للمريض أن يقدم إجابات ملائمة للأسئلة الخاصة التى كان يسأله إياها المعالج، فى مواقف تلقائية.

استمرت هذه الإجراءات العلاجية مع المريض فترة قطع بعدها اتصاله بالمعالج لمدة شهرين. طلب بعدها جلسة أخرى. وقد دُهش المعالج عندما دخل المريض حجرة العلاج هذه المرة وهو يقول للمعالج: «إنك تنظر الآن لرئيس وحدة المحاسبين فى شركة (كذا)». وأخذ يصف بعد ذلك كيف أنه تقدم لأكثر من إعلان، وعقد أكثر من مقابلة شخصية، وكيف أنه نجح أخيرًا فى الحصول على عمل بأجر أعلى مما عليه الإعلان.

لقد قرر المريض بأنه قد شُفى الآن من مشكلته، ولو أن المعالج كان يرى بأنه مازالت هناك بعض الجوانب فى سلوكه تحتاج لتدريب آخر على الثقة بالنفس(*). ومع ذلك، فقد تلقى المعالج مكالمة تليفونية بعد عامين من نفس المريض يخبره فيها بأنه قد أصبح مستشارًا اقتصاديًا فى إحدى الشركات (المرجع ١٣٤).

تمثل الأساليب العلاجية التى استُخدمت مع الحالة السابقة نمطًا رئيسيًا من أنماط العلاج السلوكى الحديث، وهو ما يُسمى بالعلاج عن طريق تأكيد الذات.

يشير مفهوم «تأكيد الذات» إلى معنى أكثر اتساعًا مما نلاحظه فى حالة الشاب السابق، فهو لا يشير إلى أن يؤكد الشخص نفسه، أو أن يدرب نفسه على الاستجابة السلبية، والسيطرة وإعطاء الأوامر والتحكم فى الآخرين فقط، بل وأن يكون قادرًا على التعبير عن عواطفه الإيجابية بشكل عام، كالتعبير عن الصداقة والود، والإعجاب، والشكر وغير ذلك. ولعل المنطق الذى يكمن وراء هذا المعنى واضح للقارئ. ذلك لأن المريض النفسى الذى يعانى من العجز عن تأكيد ذاته (وما أكثر شيوع ذلك بين العصابيين)، يعجز حقيقة عن التعبير عن ذاته سواء فى المواقف التى تحتاج منه لإظهار العدوان والغضب، أو المواقف التى تحتاج لإظهار التأييد، والود، أى فى مواقف التعبير السلبى والإيجابى على السواء، مما يحوله إلى شخصية تافهة وباهتة. ومن المؤسف مع هذا أن نجد أن كثيرًا من الكتَّاب، والمعالجين النفسيين يفهمون طريقة «تأكيد الذات» من وجهة واحدة، أى من حيث هى مظهر من مظاهر النقص فى التعبير عن العدوان والغضب، أو الضيق والرفض إلى غير ذلك. على الرغم من أن «لازاروس» أستاذ العلاج السلوكى بجامعة «راتجرز» وهو من أشهر المعالجين استخدامًا لهذا الأسلوب، لا يغفل عن الطبيعة الثنائية فى مفهوم تأكيد الذات، فإن الكاتب يلاحظ أن كثيرًا من أساليب

(*) لا يجب أن نفهم من المثال أن أوضاع الموظف فى المجتمع تحكمها عناصر ذاتية كالثقة بالنفس فقط، أو أننا نقلل من شأن الظروف الحضارية والاجتماعية فى مثل هذه الأمور. لكن عدم الثقة بالنفس والعجز عن تأكيد الذات كانتا من المشكلات الرئيسية فى حالة هذا المريض. وفى كثير من المواقف يجد المعالج النفسى أن من واجبه أن يعين مريضه على التغيير من نفسه حتى وإن كان يعترف بقسوة الظروف الاجتماعية نظريًا.

هذا المعالج تتجه للأسف نحو تدريب مرضاه على العدوان(*) والغضب والرفض.. (ولو أن هذا يشيع كثيرًا بين غيره من المعالجين).

إن أسلوب تأكيد الذات أعم من هذا ويعنى بشكل عام حرية التعبير الانفعالى وحرية الفعل على السواء، سواء كان ذلك فى الاتجاه الإيجابى (أى فى اتجاه التعبير عن الأفعال والتعبيرات الانفعالية الإيجابية الدالة على الاستحسان والتقبل، وحب الاستطلاع، والاهتمام، والحب والود، والمشاركة، والصداقة، والإعجاب)، أو فى الاتجاه السلبى (أى فى اتجاه التعبير عن الأفعال والتعبير الدال على الرفض وعدم التقبل، والغضب، والألم، والحزن، والشك والخوف والأسى). لهذا، فإننا نتفق مع لازاروس فى أن مفهوم الحرية الانفعالية يبدو قادرًا أكثر من مفهوم تأكيد الذات على استيعاب هذه العناصر المتعددة من التعبير. على الرغم من هذا، فإننا قد نستخدم مفهوم تأكيد الذات فى هذا الفصل لتحقيق التناسق مع الكتابات النفسية عن هذا الموضوع، لكن يجب أن يكون واضحًا فى ذهن القارئ فى الوقت نفسه بأننا نشير إلى المعنى الإيجابى والسلبى الذى قد يلائمه أكثر مفهوم **الحرية الانفعالية**.

والعلاج النفسى السلوكى بطريقة تأكيد الذات لا يجب أن يقتصر إذًا على تدريب الناس على التعبير عن احتياجاتهم، وحقوقهم، وعدوانهم (ولو أن هذا ضرورى فى كثير من حالات الفصام الخفيفة، وعدم الثقة بالنفس، والانسحاب، والشعور بعدم كفاءة الشخصية). لكن التوازن فى التعبير عن تأكيد الذات يجب أن يتضمن أكثر من هذا، أى أن يتضمن تدريب الشخص على الجانب الآخر أى التعبير الإيجابى. وعلى سبيل المثال، فقد لاحظنا فى تعاملنا مع المرضى العقليين (وبعض المرضى النفسيين أيضًا)، أنهم يستطيعون أثناء جلسات العلاج الجمعى التى كنت أديرها، التعبير عن المعارضة، والرفض، والمعاندة، كذلك يميلون إلى النقد اللاذع، والسخرية، ويعتنقون بشكل عام اتجاهًا عدوانيا نحو الناس والمعالج على السواء. لكننى كنت ألاحظ عجزهم الشديد وتخلفهم النفسى العميق عندما

(*) التدريب على العدوان فى العلاج النفسى يختلف عن العداوة والكراهية؟ العدوان ذو طبيعة تكيفية، أما الكراهية والعدوان فهى سمات شخصية لا تخدم التوافق.

كان يتطلب الأمر منهم التعبير عن المودة أو الإعجاب بفكرة معينة، أو مدح سلوك طيب، أو تأييد رأى جيد. فى مثل تلك الحالات من الضرورى التدرب على حرية التعبير الإيجابى باستخدام عبارات مثل: «إننى معجب بالكلمة التى قلتها فى ذلك الاجتماع»، أو «لقد قمت بعمل ممتاز حقيقة» أو «إننى فخور بصداقتى لك»، «وأحب طريقتك فى الحديث.... إلخ».

ومع ذلك، فإن كثيرًا من الأشخاص يجدون صعوبة فى التعبير الإيجابى مهما حاولنا أن ندربهم على ذلك، وقد يصبح بعضهم دفاعيًا ومتهكمًا. وقد يبرر عجزه بأن أفعاله تدل على الحب، وأنه لا يحتاج إلى التعبير عن ذلك. لكن الخبرة تبين لنا أن التطابق بين الفعل والكلمة أمر ضرورى للصحة النفسية. فقد تستمتع بالأصدقاء والجلوس والحديث معهم وزيارتهم فى منازلهم، لكن تعبيرك عن ذلك صراحة فى كلماتك لهم قد يكون من أكثر العوامل إشباعًا لك ولهم، بإطلاق حرية التعبير الانفعالى بجانبيه: الإيجابى والسلبى.

وقد يتصور البعض أن التعبير الإيجابى عن الانفعال قد يعنى النفاق والخداع والتلاعب بمن هم حولنا. لكن الفرق بين التصورين فرق كبير حقيقة. ففى حالات النفاق والتلاعب، وخداع الناس بإعطائهم صورة مضللة غالبًا ما يكون الهدف تحقيق منفعة شخصية، قد يكون تحقيقها على حساب الصحة النفسية للشخص؛ لكن تكوين عادات الحرية الانفعالية يعنى القدرة على إعطاء عائد صادق وأمين، أى أن يكشف الشخص عن مشاعره الحقيقية وأن يفعل ذلك فى صراحة وانفتاح. ونتائجها بهذا المعنى غالبًا ما تعود بانخفاض فى مستوى القلق، ومقدرة على تكوين علاقات وثيقة وإنسانية، واحترام للذات، ومقدرة على التكيف الاجتماعى الفعال.

الأساس العلمى والتطور التاريخى لمفهوم تأكيد الذات (التوكيدية)

لكى نلم بالأساس النظرى العلمى للتدريب على تأكيد الذات علينا أن نرجع قليلاً لنظرية «بافلوف» فى التعلم.

لقد برهن بافلوف على أن إفراز اللعاب لدى كلاب معمله (والذى يحدث آليًا عند تعرض هذا الحيوان لمنبه معين من شأنه إرضاء هذا السلوك، كالطعام)،

يمكن أن يحدث بالقدر نفسه نتيجة لمنبه آخر (صوت جرس أو ضوء) وإذا ما ظهر هذا المنبه الآخر مصاحبًا للمنبه الأصلى (وهو الطعام والذى يطلق عليه بافلوف اسم المنبه الأصلى). وفى النهاية نجد أن المنبه الشرطى (صوت الجرس أو الضوء من شأنه وحده أن يثير الاستجابة نفسها وهى إفراز اللعاب). يطلق «بافلوف» على عملية التعلم هذه مفهوم التعلم الشَّرْطى.

وعلى الرغم من العبقرية والكفاءة التى صاغ بها بافلوف نظرياته عن التعلم الشرطى، إلا أن كثيرين أخذوا عليه بعد ذلك هذا التصور الآلى الميكانيكى للسلوك، ومع ذلك فإن التجربة السابقة قد تسهم فى إعطاء صورة مضللة لإنجازات «بافلوف»؛ ذلك لأن هناك جوانب أخرى من هذه النظرية تجعل منها ذات دور مهم فى التطور بالسلوك الإنسانى بمفاهيم أكثر اتساعًا وانفتاحًا.

منها ما اكتشفه «بافلوف» من أن هناك خصائص موروثة من شأنها أن تساعد الناس والحيوانات على سرعة تكوين عادات التعلم الشرطى، وأن هناك خصائص أخرى تعوق ذلك. وبناء على هذا التصور نجده يميز بين خاصتين رئيسيتين للجهاز العصبى، هما:

١ ـ الاستثارة Excitation وهى عملية تتعلق باستثارة المخ، ومن شأنها توليد نشاطه، وتيسير تكوين استجابات شرطية جديدة.

٢ ـ عملية معارضة للاستثارة، ومن شأنها التقليل من النشاط والتعلم الجديدين ويطلق عليها عملية «الكف» Inhibition (المراجع ١٠٧، ١٠٨، ١٣٥).

ومن المتفق عليه أن المخ (مركز هذه العمليات) يجب أن يبقى فى حالة من التوزان والتعادل بين الكف والاستثارة حتى تتحقق الشروط الفسيولوچية المتعلقة بالصحة النفسية. فالاستمرار فى الاستثارة يهدد بقاء الإنسان وينتهى بمضاعفات خطيرة فى المخ. أما الوقوف على حالة الكف فإنها أيضًا تؤدى إلى اضطرابات سيكلوچية كالخمول النفسى، وانخفاض الطاقة، ومشاعر عدم الكفاءة. (انظر ٤٣).

ومنذ أن صاغ «بافلوف» هذا التصور قام عدد من علماء العلاج النفسى السلوكى بتوظيف هذه المبادئ للخدمة النفسية والعلاج. ولعل من أبرز الأسماء التى يذكرها تاريخ العلاج النفسى «سالتر» الذى كان أستاذًا بجامعة نيويورك حتى وفاته سنة ١٩٤٩. لقد استطاع «سالتر» أن يستخدم نظرية بافلوف بنجاح فى منهج من مناهج العلاج النفسى أثر على كل المناهج الحديثة فى العلاج السلوكى. (المرجع ١١٧).

التحرر من الكف والقيود الانفعالية

ويطلق سالتر على منهجه فى العلاج اسم «العلاج بطريق الفعل المنعكس الشرطى»، منطلقًا تمامًا من مفاهيم نظرية «بافلوف». يقول «سالتر»:

«فكما أن كلب «بافلوف» تعلم أن يفرز اللعاب عندما يدق الجرس، كذلك الطفل الإنسانى يتعلم أنواعًا من السلوك بطريقة شرطية من بيئته، ومن غير إرادته. فإذا ما كانت جميع أفعال الطفل تُقابل من الأم بأوامر رافضة «لا .... لا تفعل هذا»، فإن الطفل سيكف انفعالاته وينسحب إلى نفسه، تمامًا عندما كان المجرب فى تجارب «بافلوف» يعاقب الكلب بسبب إفراز اللعاب. وبتعبير «بافلوف» فإن إفراز اللعاب عندما يدق الجرس مؤذنًا بظهور الطعام يُعتبر مثالاً للاستثارة الشرطية. أما إذا أخذ الجرس يدق مرة تلو الأخرى، دون أن يصحبه طعام، أو إذا عاقبنا الحيوان عندما يرن الجرس بدلاً من تقديم اللحم، فإن إفراز اللعاب سيتوقف وهذا يُعتبر مثالاً للكف الشرطى».

وبناء على هذا التصور نجد «سالتر» يميز بين نمطين من الشخصية الإنسانية: **الشخصية المكفوفة** أو المقيدة وهى شخصية منسحبة، وحبيسة لانفعالاتها، وعاداتها، وتقاليد المجتمع وعاداته. والشخصية المنطلقة ـ أو المستثارة، وهى شخصية تلقائية، وإيجابية، ومباشرة، وخالية من القلق:

«الاستثارة قانون أساسى من قوانين الحياة، والعصاب نتاج لكف الدفعات الطبيعية التى تحكمها هذه القوانين».

أما لماذا تزداد عمليات الكف عند البعض وتزداد عمليات الاستثارة عند البعض الآخر، فإن هذا يتعلق فى الحقيقة بالخبرات الاجتماعية والتعلم فى

الطفولة وذلك لأن:

«سلوك الطفل الصغير يتجه للاستثارة. فهو يتصرف من غير قيود. وإذا ما تركناه كذلك دون تدخل فى مجرى سلوكه فيما عدا إرضاء حاجاته البيولوچية، فإن نمطه الاستثارى سيتطور فى هذا الاتجاه. أما إذا بدأنا عمليات الكف مبكرًا فى حياة الطفل، فإنه هنا تحدث المتاعب».

ولا يعنى ذلك أن نرفض الكف تماما فى السلوك؛ لأن حياة الإنسان فى مجتمع تتطلب ضرورة كفه لبعض التصرفات، لكن إفراط الحياة الحديثة بناءً على مفاهيم تربوية خاطئة تفرط فى هذا الكف وتتطرف فى ممارسته، فعلى الطفل أن يكون «مؤدبًا» فى كل الأوقات، وأن لا يعارض الآخرين، أو يقاطعهم، وأن يكون غيريًا دائمًا، أى لا يكون بشكل عام إنسانًا يخطئ بمقدار ما يصيب، بل إن عليه أن يكون مصيبًا دائمًا. «إننا بهذا الشكل نفرض أنماطًا من الكف الضرورية التى تسمح له بالحياة فى المجتمع، لكن ماذا يتبقى له بعد ذلك من أجل سعادته الخاصة؟».

وتهدف عملية العلاج النفسى وفق هذا التصور السابق إلى وضع أساليب للتغيير من نمط الكف إلى الاستثارة والانطلاق. ومن الطرق التى استخدمها «سالتر» التنويم المغناطيسى، وأساليب تأكيد الذات بهدف تمكن الشخص من التعبير عن انفعالاته بحرية. كذلك كان يعين لمرضاه أعمالاً خاصة علاجية، يطلب منهم تنفيذها عند تفاعلهم بالبيئة وتكيفهم معها، كالتلقائية، والاسترخاء والتعبير المباشر عن المشاعر، وتغلب الفعل على التفكير، والأمانة، والصدق فى السلوك.*

وقد يختلط مفهوم الشخصية المنطلقة أو المستثارة بمفهوم الانبساط، والميول الاجتماعية، وحب الاختلاف. لكن «سالتر» يرى أن مفهومه يختلف عن ذلك كثيرًا، فكثير من الأشخاص الذين يبدون للناظرين على أنهم اجتماعيون وذوو صداقات متعددة، وقدرة على التأثير فى الآخرين والتفاعل الاجتماعى، هم فى

الحقيقة أبعد ما يكونون عن الصحة النفسية أى من حيث التعبير عن الأمانة، والصدق والحرية فى التعبير الانفعالى: «إن الإنسان يستطيع أن يكون مقيدًا وهو فى قمة النشاط الاجتماعى، وإنه ليس من النادر أن تجد كثيرًا من الأشخاص يثيرون حولهم الضجيج كبعض المحامين، والمهندسين، لكنهم من الناحية الانفعالية أبعد ما يكونون عن التكامل».

وعندما يكون المعالج النفسى ذاتة قادرًا على تأكيد ذاته وعلى التعبير الانفعالى الحر تكون فائدته لمريضه كبيرة، فهو يمنح مريضه نموذجًا صحيًا فعالاً. فلنر كنموذج لذلك هذه الحالة:

حالة الشاب المدلل والمعالج الحازم

«المريض شاب طويل، وسيم وابن لثَرىّ. كان يبلغ من العمر فى وقت العلاج خمسة وعشرين عامًا، ويعد للحصول على الدكتوراه فى علم الاجتماع. يتحدث بطريقة غامضة عن آماله، وأهدافه فى إصلاح الإنسانية والنهوض بها. لكنه يشعر بأنه ممل، وأنه يفتقر إلى جاذبية الحديث. ومع ذلك فقد أبدى كل مظاهر اليقظة والنشاط، والتشويق أثناء الجلسات العلاجية، وإن كان يتصرف بطريقة عنيدة خاصة عندما كان المعالج يختلف معه. وعلى الرغم من أنه قرر بأنه لا يشعر بصعوبة المواد الدراسية التى يدرسها، إلا أنه يجد صعوبة فى التركيز، لأن ذهنه «يتجول دائمًا هنا وهناك» يتقلب لساعات قبل أن يغرق فى نوم متقطع. يريد من المعالج أن يعلمه كيف ينوم نفسه مغناطيسيًا حتى يتخلص من الأرق. وقد حاولت (أى المعالج) أن أعلمه بالفعل التنويم لكننى فشلت معه، لأن ذهنه كان يتجول فى أشياء أخرى، ويقارن أساليبى فى التنويم بقراءاته فى هذا الموضوع وبالتالى بما يجب علىَّ أن أفعله حتى أنجح فى تنويمه. وعلى العموم، فلم يحدث أى تقدم فى هذه الوجهة».

«بدأت بعد ذلك أغير من طريقتى معه إلى طريقة حازمة، فبينت له أننى غير مسئول تمامًا عن كل الأفكار التى تجول بذهنه ولا يهمنى فى قليل أو كثير. وبحزم أوضحت له، بأننى أنا السلطة العلاجية هنا، وأنه جاء ليستشيرنى فى مشكلاته لا لكى يقدم لى النصيحة فيما يجب أن أفعله أو لا أفعله. وأنه يجب أن

ينفذ ما آمره به تمامًا إذا أراد أن ينجح فى تعليم التنويم الذاتى. والحقيقة أننى أجد هذا المنهج الحازم فعالاً خاصة مع هذا النمط من المرضى المدللين الذين أفسدتهم التربية بحيث يتعذر التواصل معهم إلا من خلال موقف انفعالى جديد».

ويهوى المريض الموسيقى، وهو فى الحقيقة صاحب أُذُن موسيقية مدربة. لهذا قررت أن أعدل من طريقتى فى العلاج، وطلبت منه أن ينصت إلى طقطقة أصابعى ثم توقفت وسألت: أمَا زلت تسمع هذا الصوت فى رأسك؟ (بعد أن توقفت عن طقطقة أصابعى). فأجاب بالإيجاب»(٣).

«عندئذ قمت بقرعة خفيفة على مكتبى بقلمى. قائلاً هل تسمع هذا الصوت؟ فأجاب بالإيجاب».

« قلت: «هذا جميل. والآن إننى أرى أن هذا الإجراء ضرورى وسننطلق من خلاله فى خطتنا العلاجية عندما أراك فى المرة القادمة».

المريض: ألن تقوم بتنويمى اليوم؟

ابتسمت ابتسامة خفيفة وقلت: «إذا أردت أن أساعدك، فيجب أن يكون ذلك بطريقتى الخاصة. إننى لا أنتظر أوامر منك توضح لى ما يجب أن أفعله الآن أو المرة القادمة».

ويعلق سالتر على ذلك قائلاً:

«وربما يرى البعض أن هذا الأسلوب قد يخيف المريض وبالتالى ينفره من العلاج تمامًا، ولكن الخبرة علمتنى بأن هذه أفضل طريقة للتعامل مع المرضى الذين يحاولون أن يوجهوا الناس والعلاج طريقتهم الخاصة. إن اختلافى هنا فى الأسلوب وليس فى المبادئ الرئيسية التى يجب أن ينتهى إليها العلاج النفسى».

«لقد خرج الشاب وهو منزعج، لكن حبه لاستطلاع ما قد أحمل له كان واضحًا وهذا ما كنت أهدف إليه فى الحقيقة».

«وفى الجلسة التالية: كررت مبينًا له أنه يجب ـ ببساطة ـ أن ينصت إلىَّ وأن ينفذ ما أقول. إننى أسمح له بأن يضيع وقته، ولكننى لا أسمح له بأن يضيع وقتى، وأنه ما لم يتعاون معى تمامًا فإن عليه أن يتفضل بالخروج والآن».

المريض: لماذا، ما خطئى حتى أَلْقَى هذه المعاملة؟

المعالج: إنك مخطئ لأنك تتصرف بما أنت عليه. هذا كل ما هناك. إن شراءَك تذكرة دخول للمسرح لا يعطيك الحق فى أن تختار الحوار للممثلين.

المريض: (يبتسم)..

المعالج: جميل... والآن أريدك أن تنظر إلى هذه البقعة المنعكسة من هذا الضوء (أشرت إلى وعاء لامع موضوع فوق مكتبى). هل ترى هذه البقعة الضوئية؟

المريض: نعم.

المعالج: والآن فى كل مرة أضرب لك فيها بأصابعى أريدك أن تنظر إلى هذه البقعة، وأن تغمض عينيك باسترخاء وبالتدريج. أريدك أن تغمضهما بالتدريج وبرقة لصالحك. ستجد ذلك جميلاً ومشوقًا للغاية. استرخى المريض على كرسيه المريح وهو يحملق فى البقعة. نقرت بأصابعى، فأغلق عينيه. انتظرت لثلاث ثوانٍ وعندئذ قلت بهدوء: «افتح الآن عينيك». فتح عينيه واستمر ينظر للبقعة. انتظرت ثلاث ثوان أخرى ثم قلت: «افتح عينيك»، فعل ذلك.

جميل! من الآن فصاعدًا أريدك أن لا تفكر فى شيء، وأن تسترخى، وأن تهدأ كأنك تعيش فى حلم من أحلام اليقظة. وفى الوقت نفسه أن تغلق عينيك دون تفكير حالما أضرب لك بأصابعى، وأن تبقى عليهما مغلقتين حتى أطلب منك أن تفتحهما. حاول أن تسترخى، وأن لا تفكر فى أى شىء، فكر فى جسمك فقط.

«لقد كان المريض الآن منتبهًا لى تمامًا، وكان واضحًا أن عناده وميله للمخالفة قد أنتهيا».

«طقطقت أصابعى. أغلق عينيه، انتظرت ثلاث ثوان وطلبت منه بعدها أن يفتحهما. نقرت بأصابعى مرة أخرى. أغلق عينيه.. مرت ثلاث ثوانٍ أخرى. وطلبت منه أن يفتح عينيه. كررت ذلك أربعين مرة وبعدها قلت له:

المعالج: هاه، بماذا تشعر الآن؟

المريض: (مندهشًا) أشعر باسترخاء كامل.

المعالج: جميل... سأقول لك لماذا.

«وبدون توقع منه طقطقت بأصابعى، وعلى الرغم من أنه لم يكن مركزًا على البقعة فقد رمشت عيناه».

المعالج: ما الذى حدث الآن؟

المريض: رمشت بعينى عندما طقطقت بأصابعك.

المعالج: «هذا جميل».

«إن هذا يعنى الآن أنه أمكن التحكم فى إغماض جفنى المريض بطريقةالارتباط الشرطى»*.

«ثم أخذنا فى استئناف تمارين الضرب بالأصابع وإغماض العينين لمدة أربعين مرة إضافية وتوقفت بعد ذلك».

المعالج: والآن هل يمكنك أن تتخيل صوت الضرب بأصابعى بينما أنا لا أنقر بها بالفعل؟

المريض: نعم بالطبع.

المعالج: هل تستطيع أن تسمعها بوضوح فى ذهنك؟

المريض: (يومئ علامة الموافقة).

المعالج : والآن سأقول لك ما أريد أن تفعله، أريدك أن تستمر فى ممارسة هذه التدريبات عشر دقائق يوميًا، مرة فى الصباح عندما تستيقظ من النوم، ومرة فى المساء عندما تذهب للسرير. فى كل مرة تخيل نفسك أنك تنظر

(*) المنبه الشرطى هو الطقطقة بالأصابع وإغماض الجفنين والاسترخاء يمثلان الاستجابة الشرطية، أما المنبه الأصلى فهو الوعاء اللامع. وتعلم الاسترخاء إثر الضرب بالأصابع يشير إلى عملية التعلم الشرطى.

إلى بقعة مضيئة، وتخيل الحالة الهادئة التى أنت عليها الآن وأوهم نفسك بأنك تسمع صوت أصابعى. حاول أن تفكر فى ذلك بمشاعر الاسترخاء ثم أغلق عينيك. قد يبدو الأمر معقداً وصعباً، لكنه فى الحقيقة غير ذلك.

المريض: أظن أننى أفهم الآن ما تريد: ولكن ماذا لو أننى لم أستطع النوم؟

المعالج : حاول أن تقوم بهذه التمارين. وإذا وجدت أنها لا تشد تركيزك،: توقف عنها. لكن أيضاً لا أريدك أن تحمل عنها منذ البداية رأياً خاطئاً.

إنها ستجعلك تسقط فى النوم فى الحال. كل ما أريده منك هو أن تفعل هذه التمارين فحسب. إذا قمت بذلك، فالباقى لا يهم. افعل كما أقول لك هذا كل ما هناك.

«وفى الجلسة التالية قرر المريض بأن التمارين تزيد من استرخائه. فضلاً عن هذا، فإن قدرته على التركيز قد ازدادت. كما ذكر للمعالج أن التوتر الذى كان يلقاه فى علاقاته الاجتماعية يختفى تماماً عندما يمارس الاسترخاء قبل الدخول فى مثل هذه المواقف».

«والحقيقة أنه أصبح يمارس هذه التمارين أكثر من ثمانى مرات يومياً.. أصبح قادراً على ضبط نفسه والاسترخاء العميق والسريع فى كل مرة».

« لقد كان هدفى من كل هذا أن أجعل حياته أكثر يسراً وإرضاء له. إنه طفل فى ثياب شاب، أفسدته التربية بحيث إن أى إحباط يمكن أن يواجهه فى الحياة يبعث فيها التوتر والانحصار. لقد كنت بهذا الأسلوب، وبهذه التمرينات التى علمتها له أهدف إلى أن أحوله لإنسان أهدأ، مما يجعله أكثر قدرة على التحمل والمسئولية، وبالتالى أكثر قدرة على تذوق مشاعر هذه الأشياء. إن الإنسان القادر على ممارسة الحرية الانفعالية ـ كما أوضحت لهذا المريض ـ لا يجد صعوبة فى النوم، ولا يصيبه الأرق. ويشعر بالتحسن يوماً بعد يوم».

«وقد جاء المريض بعد ذلك بفترة يقول لى»:

«صحيح.. فكّر معى فى كل هذا. إن بى كل جوانب النقص الموجودة فى أى كائن بشرى. فما أنا إلا مجرد شاب من أسرة ثرية. إنك تقول إنى ذكى، لكن هذا

هو كل ما يمكن أن يُقال عنى. إننى فى الحقيقة لم أفعل شيئًا واحدًا فى حياتى يشعرنى بالأهمية».

«كان ذلك قبل أن ينقطع المريض عن العلاج بنجاح، وقبل أن أسمع منه بعد ذلك أنه قام بقضاء إحدى إجازاته الصيفية فى زراعة أشجار المطاط فى إحدى غابات إفريقيا، وفى خلال إجازة صيفية أخرى كممارس لرياضة صيد النمور فى الهند».

ومن الواضح أن منهج «سالتر» فى الحالة السابقة قام على أساس تدريب المريض فى البداية على الاسترخاء (كشكل من أشكال قوة التحكم فى الذات) ومن هذا التدريب بدأ الشاب يتمكن تدريجيًا وبسرعة من التلقائية، والمبادأة فى المواقف الاجتماعية. وقد تلت هذه الخطة، محاولة لتدريبة على تأكيد ذاته، وربما يفسر هذا ما قرره الشاب بعد ذلك من أنه أصبح قادرًا على النجاح الاجتماعى، واكتساب مشاعر جديدة بحب الناس له.

وربما تثير الخطة الحازمة القاسية التى بدأ بها المعالج بعض الجدل، لكن يجب أن نلاحظ فى الحقيقة أن المعالج وهو يدرب المريض على الاسترخاء كان يرسم أمامه نموذجًا لشخصية ناجحة وقادرة على تأكيد ذاتها واحترامها لنفسها. وفى هذا الصدد يذكر بعض الكتَّاب أن على المعالج أن يستخدم بعض الأساليب اللفظية لتدريب عملائه على تأكيد الذات وذلك كالتعبير اللفظى التلقائى عن المشاعر، وأن يعوِّدهم على تعمد استخدام كلمات يكثر فيها ضمير المتكلم، مثل «أنا أرى» أو «أنا أعتقد».. إلخ أو الارتجال والتلقائية بدلاً من التخطيط البعيد للمستقبل.

المعنى الحديث لتأكيد الذات

يُعرَّف مفهوم تأكيد الذات بأنه القدرة على التعبير الملائم عن أى انفعال نحو المواقف والأشخاص فيما عدا التعبير عن انفعال القلق. إننا بسبب مخاوفنا، وعجزنا عن التعبير عن مشاعرنا فى مواقف الاتصال بالناس نقمع رغبتنا فى

الشكوى من تصرف سخيف، أو نكتم معارضتنا عند الاختلاف مع الناس والأصدقاء، أو نرغم أنفسنا على البقاء فى جماعة مملة، أو حتى لا نعبر عن حبنا، واستمتاعنا بالأشخاص أو بأشياء جميلة.

ومفهوم تأكيد الذات بهذا المعنى يماثل تمامًا مفهوم الشخصية الاستثارية الفعالة عند «سالتر»، لكن المفهوم الحديث أكثر تخصصًا. فحتى القلق ـ وهو جوهر العصاب ـ لا يخلو من الاستثارة بالشكل الذى يشير إليه «سالتر»، بينما يهدف أسلوب تأكيد الذات إلى قمع القلق وكفِّه أساسًا.

ومن الواضح أن التصور الحديث لتأكيد الذات قائم على نظرية مختلفة فى العصاب مؤداها ـ كما أشرنا قبلاً ـ أن القلق استجابة متعلمة غير تكيفية لمواقف أو منبهات محايدة (أى ليس فيها ما يؤدى إلى مشاعر الخوف أو الصراع)، وأنه بهذا المعنى يشكل عنصرًا رئيسيًا من عناصر السلوك العصابى. ويقوم التخلص من القلق على أساس تعريض الكائن وتعليمه عددًا من الاستجابات المعارضة للقلق أثناء تعريضه لمواقف الخوف والصراع، بحيث يختفى القلق والخوف تمامًا نتيجة لتأثير الاستجابات المتعلمة الجديدة، وتأكيد الذات وحرية التعبير الانفعالى هو أسلوب من الأساليب التى تتعارض مع القلق وتنفيه.

لماذا تُعتبر استجابات تأكيد الذات معارضة للقلق؟

خذ – على سبيل المثال – هذا الموقف: (أ) شخص رقيق ولطيف المعشر، يصفه زملاؤه بأنه إنسان طيب ووَدُود. لكن (أ) يصف نفسه بأنه دائم القلق عندما يكون بين زملائه. فهو يشعر بأنه إذا أبدى رأيه فى مشكلة داخلية أو عبر عن مشاعره فى مشادة واضحة فسيخسر أحد زميليه. إنه يجد أن رغبته فى أن يكون محبوبًا من جميع أصدقائه تمنعه وبالتدريج من الإفصاح عن أى مشاعر حقيقية، وتمنعه كذلك من الدفاع عن نفسه فى مواقف صراع مع «ب»، «جـ» من الزملاء. إنهم يتصرفون نحوه بعدم اكتراث وإهمال... مما يقلل من احترامه لذاته، ويتهمونه بأنه إنسان بارد، ضعيف الشخصية. لا يدرى «أ» ماذا يقول،، ويعود إلى منزله، فيعجز عن النوم ويمتلئ ذهنه بالتوتر. تتكرر هذه التصرفات مع «أ» إلى أن يصبح منعزلاً، عاجزًا تتملكه مشاعر قوية بالاكتئاب والمخاوف، بخاصة عندما يتطلب الموقف تعاملاً مع الآخرين.

يذهب «أ» للمعالج النفسى، فيرى المعالج أن خوف «أ» من التعبير عن مشاعره مع الآخرين خوف لا مبرر له على الإطلاق، لكن من المؤسف أن هذا الخوف هو ما يتملكه، ويجعله تحت رحمة الآخرين، عاجزًا عن التعبير عن شعوره بالاحتقار أو الغضب فى المواقف التى تتطلب هذا. وقد يوضح له أيضًا أن خوفه من التعبير عن غضبه، يدفعه للانسحاب من المواقف الاجتماعية التى تتطلب منه الصمود. لكن هذا الانسحاب لا يخفف من مشاعر القلق والاكتئاب التى تتملكه نتيجة لتلك الإحباطات المختلفة، بل على العكس إن قمع هذا التعبير يزيد من حدة هذا القلق والمخاوف. ويوضح له أن الامر قد يبدو صعبًا فى البداية، لأن استجاباته الانسحابية السابقة تكونت بفعل عملية تعلم طويلة المدى ربما ترجع إلى طفولة «أ»، لكن مع هذا فإن عليه أن يعوِّد نفسه تدريجيًا على ذلك، وأنه من خلال الممارسة سيصبح الأمر أكثر سهولة ويسرًا.

وبالتدريج يستطيع «أ» أن يتصرف بحرية مؤكدًا ذاته، ومعبرًا عن انفعالاته الحقيقية: غضبه أو احتقاره، أو عدوانه. إنه لا يستطيع أن يوقف هؤلاء الذين يهددون طمأنينته وحريته فى المواقف المختلفة بإيقاف عدوانهم بعدوان مماثل، لكنه أيضًا يجد لدهشته أن كثيرًا من مشاعر القلق السابقة تختفى، وأن اكتئابه أيضًا يتناقص إلى حد بعيد. إن ثقته بنفسه الآن جعلته قادرًا لا على التعبير عن عدوانه فحسب، بل وأيضًا عن تأييده للأشياء الإيجابية التى تصدر منهم. لقد قرر زملاؤه أنه إنسان محبوب ومحترم أيضًا..

من هذا المثال التصورى السابق كان «أ» يعيش تحت نظام شديد من المحظورات جعلته يفتقد تمامًا حرية التعبير بما يناسب المواقف المختلفة. والإنسان العادى يستطيع أيضًا أن يشكل سلوكه على حسب المواقف المختلفة، وبالتالى يشكل قدراته على التعبير والحرية. وفى كل مرة ينجح فيها تزداد ثقته بنفسه وقدرته على الضبط الذاتى، وبالتالى يخف قلقه فى المواقف المختلفة. وهذا ما حدث بالنسبة لـ «أ» إن تدريبه على الاستجابة الانفعالية الملائمة، وتأكيد الذات قضيا على عاداته العصابية فى المواقف الاجتماعية المختلفة. إن تأكيد

الذات هنا يلعب الدور نفسه الذى يلعبه الاسترخاء والتطمين من حيث إنها جميعًا (كاستجابات تؤدى إلى كف القلق المستثار) تؤدى إلى تكوين عادات معارضة لعادات الخوف والقلق.

إن المريض النفسى الذى اعتاد على تقييد مشاعره بالرفض أو الاحتقار فى المواقف التى تتطلب ذلك، يعمل بهذا التقييد على زيادة نزعاته العصابية واستجاباته غير التكيفية (القلق)، ولا يخفف منها. وعندما يوضح المعالج بطريقة بعيطة الحاجة لتأكيد الذات، وبالتالى خلق عملية معارضة من شأنها إيقاف استجابات القلق، فإنه يصطاد فى الحقيقة عصفورين بحجر واحد: يخلق أنماطًا جديدة من السلوك البنَّاء، ويوقف نمطًا قديمًا من المحظورات والعادات غير التكيفية.

قياس القدرة على تأكيد الذات

من حسن الحظ أن المعالج النفسانى السلوكى لا يجد مشكلة تُذكر فى تقدير مستوى مريضه من حيث قدرته على تأكيد الذات، أو على أقل تقدير فإن المشكلات التى يواجهها هنا أقل مما يواجهه فى الأنماط المرضية الأخرى. فمن ناحية نجد أن المريض نفسه على دراية واضحة بضعفه فى جانب معين، وربما يكون دافعه الأساسى لطلب العلاج هو - مثلاً - عجزه عن المطالبة بحقوقه، أو التعبير عن نفسه فى المواقف التى تتطلب علاقة بالسلطة أو الجنس الآخر، أو عجزه عن الحديث فى موقف يتطلب ذلك، ويشعر بالأسى والأسف بعد ذلك لأنه ترك الفرصة تمر دون اقتناصها.. إلخ.

لكن لب المشكلة لا يكمن فى اكتشاف العجز أو عدم العجز فى التعبير عن الذات والثقة، بمقدار ما يكمن فى تحديد أنماط وأنواع المواقف الاجتماعية المختلفة التى يعجز فيها المريض عن هذا التعبير. وهنا أيضًا نجد لحسن الحظ أن هناك عددًا من اختبارات الشخصية التى تساعد من ناحية على تقدير مستوى الشخص من حيث القدرة على تأكيد الذات، كما تساعد من ناحية أخرى على تحديد المجالات النوعية المرتبطة بالعجز عن تأكيد الذات. والاستبيان التالى

أُعد خصيصًا للكشف عن مجالات العجز عن الثقة وتأكيد الذات**. سنلاحظ أن بعض الأشخاص قد لا يجد مشكلة مثلاً من الشكوى من خدمة سيئة فى مكان حكومى أو عام، أو الشكوى من صديق، أو الزوجة (أو الزوج) لكنه يجد مشكلة حقيقية فى تأكيد ذاته فى المواقف الشخصية الحميمة كالاحتجاج على الوالدين، أو أخطاء شخص فى موقع سلطة.. إلخ. وهذا الاستخبار فى جزء من أجزائه يهدف إلى التحديد النوعى لهذه المجالات، حاول أن تجيب عن عباراته (نعم) أو (لا)، ثم ناقش بينك وبين نفسك كل سؤال بالتفصيل محاولاً أن تحدد مَوَاطِن الضعف فى التعبير عن مشاعرك فى جوانب الحياة الاجتماعية المختلفة:

١ ـ هل تحتج بصوت عالٍ إذا دفعك شخص معين لكى يتقدمك فى صف أو طابور؟

٢ ـ هل تجد صعوبة فى تأنيب مساعد أو شخص أقل منك منزلة؟

٣ ـ هل تتجنب الشكوى من خدمة سيئة فى مطعم أو مكان عام؟

٤ ـ أنت من النوع الذى يعتذر بكثرة؟

٥ ـ هل تتردد فى إرجاع شىء اشتريته (قميص أو ثوب) لنفس المحل بعد أيام من شرائه بسبب عيب معين؟

٦ ـ عندما ينتقدك صديق دون وجه حق هل تعبر عن ضيقك ومشاعرك بين الحين والآخر؟

٧ ـ هل تتجنب الأشخاص المحبين للتسلط والسيطرة؟

٨ ـ اذا وصلت إلى اجتماع متأخرًا هل تفضل الوقوف عن الجلوس فى كرسى من الصفوف الأمامية؟

٩ ـ هل تستطيع أن تعارض شخصًا مسيطرًا؟

١٠ ـ إذا وجدت سيارة فى المكان المفروض أن توضع فيها سيارتك، فهل تبحث عن مكان آخر بدلاً من أن تستفسر أو تحتج؟

١١ - هل تجد صعوبة فى رفض سلعة أو بضاعة يعرضها عليك بائع لحوح؟

١٢ - هل تعبر عما تشعر به؟

١٣ - إذا سمعت بأن أحد الاصدقاء يشيع عنك أخبار دعائية مسيئة هل تتردد فى إيقافه عن ذلك؟

١٤ - هل من الصعب عليك أن تتقدم بالتماس لطلب معونة مادية لشىء مهم؟

١٥ - هل تحتفظ فى الغالب بآرائك لنفسك ؟

١٦ - هل تجد صعوبة فى بدء مناقشة أو حديث مع شخص غريب عنك؟

١٧ - هل تستطيع أن تعبر عن حبك واستلطافك لبعض الأشياء بصورة متفتحة؟

١٨ - إذا شعرت بأن الطعام يقدم لك فى المطعم بطريقة لا ترضيك هل تشكو من «الجرسون»؟

١٩ - هل تتجنب إيذاء مشاعر الآخرين؟

٢٠ - إذا حضرت محاضرة عامة هل ترد على المحاضر إذا شعرت ببعض التناقض فى كلامه؟

٢١ - هل تحافظ أحيانًا على هدوئك بحثًا «عن السلام»؟

٢٢ - إذا طلب منك صديق طلبًا غير معقول هل ترفض ذلك ببساطة؟

٢٣ - إذا حدث أنك اكتشفت أن باقى النقود التى أُعطيت لك فى مكان تجارى ناقصة هل تعود من جديد لتوضيح ذلك؟

٢٤ - إذا منعك البوليس من الدخول لمكان هو فى الحقيقة من حقك هل تحتج؟

٢٥ - إذا ضايقك قريب (أب أو أخ) تحترمه هل تخبئ مشاعرك بدلاً من الكشف عن ضيقك الحقيقى؟

٢٦ ـ هل يظهر غضبك أكثر مع أفراد من نفس جنسك أكثر مما يظهر مع أفراد من الجنس الآخر؟

٢٧ ـ هل تجد صعوبة فى مدح الآخرين أو تقريظهم؟

٢٨ ـ هل لديك أشخاص موثوق فيهم تستطيع أن تناقش معهم مشاعرك الحقيقية؟

٢٩ ـ هل تُعجب بالأشخاص الذين يحتفظون بقدرتهم على المقاومة مهما حاول الآخرون تخطيئهم؟(*).

الأساليب السلوكية

والآن بعد أن عرفنا معنى تأكيد الذات، والمجالات المختلفة التى تشعر فيها بالافتقار لذلك، تبدأ مرحلة تعديل السلوك باستخدام عدد من الأساليب تثبت البحوث والخبرة فاعليتها إلى حد بعيد، وفيما يلى شرح لبعضها:

١ ـ أساليب لفظية

هذه الأساليب من شأنها أن تعلم المريض أن يزيد من حريته الانفعالية وقدرته على تأكيد الذات. ومن أهم الأساليب فاعلية فى هذا الصدد تعويد المريض وتشجيعه على التعبير المتعمد عن انفعالاته بطريقة تلقائية. ويُطلق على هذا الأسلوب اسم «تنطيق المشاعر» Feelings talk أى تحويل المشاعر والانفعالات الداخلية إلى كلمات صريحة منطوقة وبطريقة تلقائية. وبالطبع يجب أن يكون ذلك فى حالات الانفعالات المختلفة، سواء كانت تتعلق بإبداء الحب أو الرغبة (إننى أحب هذا الشىء، إنه يوم جميل)، أو عدم الرغبة (إننى لا أحب هذا الرجل وكل ما يدعو إليه)، والمدح (إنك تبدو أنيقًا اليوم، إن الكلمة التى قلتها ذكية بحق)، أو التوقع (إننى أتطلع للقائك والحديث معك فيما بعد)، أو الدهشة (إنه يوم

(*) التعبير عن الثقة وتأكيد الذات يظهر فى الاجابة بـ «نعم» على العبارات:١، ٦، ٩، ١٢، ١٧، ١٨، ٢٠، ٢١، ٢٣، ٢٤، ٢٥، ٢٩، ٣٠، والإجابة بـ «لا» على ما عدا ذلك من عبارات. على الرغم من أن درجتك الكلية تكشف عن تأكيد الذات، فإن من المهم أكثر هو تحديد المجالات التى تشعر فيها بعدم الثقة أو العجز، فهى مدعاة للاهتمام مهما قلت (٤).

الخميس ستكون الإجازة غدًا لا أصدق)، أو النقد الذاتى (ما أحمقنى إذ أفعل هذا)، أو الأسف (إننى أشعر بالأسى، لأننى سأترك هذا المكان)، أو التصميم (سأظل هكذا مستمرًا إلى أن أكسب فى النهاية)، أو التشكك (هل تعتقد أننى أصدق ما تقوله؟)، أو حب الاستطلاع (إننى سأحلم بما سيحدث فى المرة القادمة)، أو الشعور بالخلاص (حمدًا لله إنه يوم الخميس لم أصدق أنه سيأتى؟)، أو الشعور بعدم الراحة (إن قدمى تتعبنى).. إلخ.

بعبارة أخرى، فإن تنطيق المشاعر والحديث عنها بصوت عالٍ يجب أن يشمل كل التنوعات الانفعالية المختلفة، والقاعدة الذهبية فى ذلك هى الصدق والأمانة مع الشكل الانفعالى السائد والشعور المسيطر على الشخص.

٢ ـ التعبير الحر عن الرأى وتأكيد الأنا

عندما تختلف فى الرأى مع أحد الأشخاص، أظهر مشاعرك الحقيقية بدلاً من الموافقة وأبْدِ معارضتك فى شكل واضح. قد تكون معارضتك فى البداية انفعالية ولا تقوم على أساس منطقى، لا بأس. إن هدفك هو الحرية الانفعالية وليس كتابة بحث لمجلة علمية محترمة. كذلك الاستخدام المتعمد لكلمة «أنا». استخدام أنا فى بداية التدريب على تأكيد الذات بأكبر قدر ممكن أو «إننى أرى... فى اعتقادى.. سمعت.. إلخ» كل هذه العبارات ضرورية. قد يتهمك البعض بأنك واثق من نفسك أو مغرور. مرة أخرى لا بأس، إنك ستستطيع فى النهاية أن تضبط كل ذلك. تذكر أيضًا أن من يتهمونك بهذا قد يتهمونك بأنك شخص ضعيف ولا رأى لك إذا كنت عكس ذلك.

ومن الأساليب الملائمة (أيضًا التعبير عن الموافقة عندما تُمتدح، لا تتحرج عندما يمتدح بعض الأشخاص آراءك أو زيك أو شخصيتك، بل على العكس أظهر موافقتك على ذلك. إنك ستدعم لديهم البحث عن الإيجابيات فيك. وبالتالى ستتلقى عائدًا إيجابيًا من المجتمع أنك تحول كل من حولك إلى مجتمع علاجى لك يدعم عاداتك الصحية الجديدة، ويدعم الاستجابات الفعالة التى لا تزال فى بداياتها.

٣ ـ التدريب على إحداث استجابات بدنية ملائمة

فى تدريب القدرة على تأكيد الذات والحرية الانفعالية من الضرورى أن تكون الاستجابات البدنية ملائمة. ويوجه المعالجون النفسيون فى الوقت الراهن جزءًا من اهتماماتهم إلى تدريب التعبيرات الوجهية، وأساليب الحركة والكلام والمشى كجزء من العلاج النفسى. ومن المهم على أية حال التنبه إلى عدد من هذه الاستجابات مثل: نبرة الصوت، إذ يجب على الصوت أن يكون قاطعًا، عاليًا، واثقًا، كذلك التواصل البصرى مباشرة بالشخص أو الأشخاص الذين نتحدث معهم، كذلك تشكيل الجسم وحركاته. فاستخدام عدد كبير من الإشارات باليد والذراع تساعد الشخص على التحرر من قيود التعبير. ومن المهم أن تكون تعبيرات الوجه ملائمة للمشاعر ولمحتوى الكلام. لا تبتسم وأنت توجه نقدًا لشخص ما، أو وأنت تريد أن تعبر عن الغضب. كذلك لا تصلِّب وجهك، ولا تجعل له تعبيرات العداوة، وأنت تحاول أن تعبر عن حبك وإعزازك لشخص معين. أكشف باختصار مشاعرك الداخلية مع إزالة القناع الظاهرى. اجعلهما متطابقين***.

٤ ـ التأكيد السلبى

ويستخدم هذا الأسلوب عندما ترى أنك بالفعل قد قمت بخطأ ما يستحق اللوم والنقد من زميل أو رئيس أو قريب. عندها اعترف بوضوح أنك أخطأت لكن على أن تبين بوضوح أيضًا أن خطأك لا يعنى أنك سيئ، أو أنك فعلت ذلك بحسن نية، مثلاً.

ـ نعم، للأسف فعلت ذلك الخطأ على غير عادتى ولكن لم يكن هذا مقصودًا أو بنية سيئة**** أو مستنكرًا.

ـ آه.. ما الذى فعلته !! إننى عادة لا أفعل هذا.

٥ ـ تجريد انفعالات الآخرين الغاضبة من قوتها

ويتضمن هذا الأسلوب أن تتجاهل الحديث (أو الرسالة) التى تأتيك من شخص آخر بشكل انفعالى غاضب أو ثائر، بأن تجعل تركيزك لا على موضوع الحديث، أو محتوى الرسالة الغاضبة، ولكن على حقيقة أن الشخص هنا غاضب،

وأنك لذلك غير مستعد للدخول معه فى مناقشة ما لم يهدأ الآن، أو فيما بعد. كل ذلك بهدوء وبإصرار وبصوت معتدل النبرات متوسط الشدة، إن من شأن هذا الأسلوب أن يجنبك الدخول فى معركة لم تبدأها، وغير مستعد لخوضها(٧).

٦ ـ التعمية والإرباك

يستخدم هذا الأسلوب مع الأشخاص الذين يتطوعون للجدال والمعارضة.... والنقد لأشياء هى من شأنك أنت. ويكون بأن تقول له إنك على حق فيما تقول... ولكن بطريقة توضح له أن موافقتك لا تعنى موافقة حقيقية على محتوى ما يقوله.. بقدر ما تعنى أنك غير مستعد لتبادل الحوار أو الحكم على موضوع هو من شأنك أنت فحسب.

ويستخدم هذا الأسلوب للإعانة على تلقى نقد الآخرين أو هجومهم بطريقة هادئة... ودون أن تتحول للقلق أو الانسحاب أو العدوان. وبالتالى لا تدعم للناقد سلوكًا قد يستخدمه كلما أراد إثارتك انفعاليًا.

٧ ـ أسلوب الأسطوانة المشروخة

فى الحالات التى يقاطعك شخص ويعترض على ما تقول، قبل أن تنهى كلامك أو توضح فكرتك.. انتظر إلى أن ينتهى الشخص الذى يقاطعك من الحديث. وعندئذ تجاهل تمامًا ما قاله واستأنف توضيح فكرتك الأصلية باستخدام عبارات مثل:

ـ هذا صحيح.. ولكن الموضوع الذى أريد مناقشته هو...

ـ إن القضية الرئيسية هى...

ويمكّنك هذا الأسلوب من الإحساس الهادئ عند مواجهة المناقشات غير الملائمة، وتجاهل الدخول فى "متاهات" جانبية تبعدك عن الموضوع الأصلى الذى تريد إبرازه.

٨ ـ التساؤل السلبى

ويستخدم هذا الأسلوب مع الأصدقاء والأشخاص الأعزاء لديك عندما تريد أن تنهى الخلافات المنفرة فى العلاقة بهم. وذلك بأن تستجيب للنقد الذى يوجه

لك من شخص معين، بأن تسأله بأن يعطيك مزيدًا من الانتقادات المماثلة التى سببت ضيقه.. إلى أن ينتهى من سرد كل الجوانب التى يأخذها عليك، وعندئذ إبدأ فى تلخيصها من جديد، واشكره على اهتمامه، وأنك ستكون سعيدًا أكثر فى المستقبل إذا ما صارحك بأى مأخذ قد يحدث منك عفوًا(٧). ويجعل منك هذا الأسلوب شخصًا هادئًا فى مواجهة الضغوط الاجتماعية وما يظهر من أخطاء فى سلوكك وتصرفاتك مع الآخرين. ويظهرك فى الوقت نفسه بمظهر الحريص والراغب فى تحسين الاتصال بالأشخاص المهمين فى حياتك، بإنهاء مصادر الخلاف معهم.

٩ ـ أسلوب لعب الأدوار

قد تكون العقبة فى تأكيد الذات ناتجة عن عدم فهم الشخص لمتطلبات الدور الذى يقوم به. فالشخص الذى يتقدم لإجراء مقابلة شخصية للحصول على عمل معين، قد لا يكون مدركًا لمتطلبات الوظيفة «أو» «الدور» المطلوب القيام به. ويستخدم المعالجون السلوكيون لهذا أسلوب تمثيل الدور قبل حدوثه مع المريض، بغرض زيادة قدراته على مواجهة الإحباط والعجز فى المواقف الاجتماعية الحاسمة، وقد رأينا نموذجًا لذلك فى حالة السيد «أ» فى صدر هذا الفصل. إذ رأينا المعالج يطلب من المريض القيام بدور التقدم لإجراء مقابلة شخصية مع رئيسه فى العمل.. بينما قام المعالج بدور المدير، ثم رأيناه يعكس الأداء فيقوم هو نفسه بدور المتقدم للعمل.. ويقوم المريض بدور المدير. لكى يُطْلعه المعالج على أنماط السلوك والاستجابات الملائمة للموقف ـ خلال الاقتداء له ومحاكاته.

والحقيقة أن كل فرد منا يقوم فى اللحظة الواحدة بعدد كبير من الأدوار الاجتماعية التى قد لا تكون محددة بشكل دقيق أو رسمى، كما هو الحال فى حالة الموظف المطلوب لملء وظيفة شاغرة.

فبعض الأدوار الاجتماعية كدور الزوج أو الزوجة.. أو الصديق أو المرءوس أو الرئيس لا تكون محددة بلوائح.. ولكنها تكون مطلبًا من مطالب العلاقات الاجتماعية بالآخرين.

ويقوم جزء كبير من نجاح الشخص اجتماعيًا وفاعليته وصحته على قدرته على القيام بالدور المطلوب منه قيامًا ناجحًا واثقًا. ويقوم الفرد الواحد ـ عادة ـ بأكثر من دور. فالطبيب طبيب بين مرضاه، وهو صديق، وزوج، وأب، وموظف بحسب العلاقة المرسومة له مع الآخرين. ولهذا يصعب أحيانًا على الشخص أن يقوم بهذه الأدوار مجتمعة بإتقان؛ بخاصة إذا تعارضت مطالب أداء دور معين بنجاح ـ كدور الطبيب مثلاً ـ بأداء دور آخر «كالزوج» فى المنزل أو «الأب» بين أبنائه. وليس نادرًا لهذا أن نجد مشكلات نفسية وانفعالية تنتج بسبب تعارض أو تصارع الأدوار.

لهذا يستخدم المعالجون السلوكيون أساليب متعددة لتدريب المرضى على إتقان أدوارهم فى الحياة... وتعلم مهارات اجتماعية تتطلبها العلاقات بالآخرين وبالتالى توقعاتهم عنا.

ويستخدم أسلوب لعب الأدوار أيضًا فى الحالات التى يكون من المطلوب فيها أن يدرب المريض نفسه على تحمل الإحباط والتحكم فى الغضب.. وتجنب الاندفاعات الحمقاء. ويتم ذلك من خلال إثارة مواقف فى جلسات العلاج بطريق التخيل ويكون من شأنها إثارة الغيظ أو الغضب أو الإحباط، ومن خلال ذلك يقوم المعالج على تدريب المريض على إظهار استجابة ملائمة تدل على ضبط النفس والثقة.. وذلك بتوجيه اهتمامه لتطوير جوانب من السلوك والاستجابات، منها:

أ ـ تأكيد التواصل البصرى المباشر بالشخص المثير للإحباط.

ب ـ اتخاذ موضع جسمى واثق ولكن بطريقة لا تثير الانفعال.

جـ ـ التدريب على بعض الاستجابات اللفظية أو العملية بحيث ينتهى الموقف نهاية إيجابية مفيدة.

د ـ التدريب على المعارضة والهجوم.. وذلك بإبداء رأيك فى التصرف المثير لضيقك بوضوح وبصدق.

وأخيرًا قد يتساءل القارئ ماذا لو أن حرية التعبير الانفعالى.. وتأكيد الذات جرّت بعض المتاعب الجانبية.. مثل: خسارة العمل.. أو خسارة شخص.. أو خسارة مادية؟

لا ينبغى فى الحقيقة أن تقلل من النتائج السلبية التى قد يحدثها هذا الشكل من السلوك. ولكننى أعتقد فيما توحى لى خبرتى فى هذا الميدان أن المشكلات التى يثيرها التدريب على تأكيد الذات، تتم فى واقع الأمر فى بداية الجلسات الأولى للعلاج النفسى وهى بذلك تحمل المسحة الأولى للنزعة العصابية السابقة للمريض، ولا تعبر عن تأكيد الذات بمقدار ما تعبر عن الحساسية المبالغ فيها لتصرفات الآخرين نحونا، وهذا عين ما تهدف تدريبات تأكيد الذات على التخلص منه؛ ولهذا فإن علاج المشكلات التى قد يثيرها تأكيد الذات، لا تتم بالتخلى عن هذا الأسلوب ولكن بمزيد من التدريب عليه؛ حتى يتمكن الشخص من إتقان اللغة الاجتماعية والمهارات الملائمة فى معالجة سلوك الآخرين بشكل يؤدى إلى الاحترام والحب معا! إن الهدف من تدريب القدرة على تأكيد الذات هو فى صميمه تدريب للمهارات الاجتماعية الناضجة التى تتطلبها حياة الفرد فى الجماعة، دون تضحية بالفرد.. أو تدمير للآخرين وتحويلهم لأعداء.

لكن يجب أن نعى أيضًا أننا نضطر أحيانًا لاختيارات دقيقة وحاسمة: كالاختيار بين بعض المكاسب المادية، أو عمل يدر دخلاً معتدلاً، وبين طريق الصحة النفسية بخاصة إذا كان هذا العمل مملاً ولا يتلاءم مع إمكانات الشخص أو قيمته. هنا فى واقع الأمر لا يبقى إلا الشخص نفسه الذى ينبغى أن يقرر أى الطريقين يختار. ويوضح الجدول فى نهاية الفصل شرحًا لهذه الأساليب وترشيدًا لاستخداماتها.

جدول (٣)

أساليب اكتساب المهارات الاجتماعية

الأسلوب	معناه	متى يُستخدم
١ ـ تنطيق المشاعر Feelings Talk	التعبير المتعمد والتلقائى عن الانفعالات بكلمات صريحة ومنطوقة.	التعود على التلقائية والتحرر من القلق الاجتماعى، وتشجيع الآخرين على تكوين علاقات مريحة معك.
٢ ـ التأكيد السلبى Negative Assertion	الاعتراف بالخطأ عندما تقوم بفعل يستحق اللوم على أن تبين أن هذا الخطأ لا يعنى أنك بكاملك سيئ.	عندما تحس أنك قمت بخطأ يستحق اللوم والنقد، توطيد العلاقة الطيبة بالرؤساء والمقربين من الأصدقاء أو الأزواج، عندما تريد أن تطوى صفحة سلبية وتبدأ صفحة إيجابية.
٣ ـ تجريد غضب الآخرين من قوتهم Disarming Anger	تجاهل محتوى الرسالة أو السلوك الغاضب والتركيز بدلاً من ذلك على طريقة الشخص الانفعالية فى الحديث أو التواصل.	تجنب الدخول فى معركة لست مستعدًا لها، والتعامل مع الأشخاص الانفعاليين والمتهجمين، ضبط النفس، إيقاف سلوك عدوانى خارجي.
٤ ـ التعمية والإرباك Fogging	إظهار الموفقة على ما يوجه لك من اتهامات مع إبداء الاستعداد لتغيير سلوكك عندما يظهر من الطرف الآخر ما يستحق ذلك.	يستخدم هذا الأسلوب عندما يكون الطرف الآخر من النوع اللحوح الذى يكثر من الإدانة واللوم والنقد، عندما يكون الشخص الآخر غير مستعد للتفاهم والتراجع على الرغم من محاولاتك، إيقاف سلوك عدوانى خارجي.

الأسلوب	معناه	متى يُستخدم
٥ ـ االأسطونةالمشروخة Broken Record	تجاهل الاستجابة المعارضة مع الإستمرار فى التعبير عن السلوك أو الفكرة التى بدأتها واستئناف التعبير عنها على الرغم من المعارضة والمقاطعة.	يساعدك هذا الأسلوب على الإحساس الهادئ فى حالات المناقشات غير الهادئة، يجنبك الدخول فى متاهات جانبية تبعدك عن موضوعك الأصلى، التدريب على ضبط النفس والإصرار على تحقيق الهدف الرئيسى لك.
٦ ـ التساؤل السلبى Negative Inquiry	الاستجابة لانتقاد الآخرين بالسؤال عن المزيد من الانتقادات والأخطاء التى ترتكبها مع إبداء الاستعداد للتغيير.	مع الأصدقاء والأشخاص الأعزاء والمقربين والرؤساء عندما تريد أن تنهى بعض الخلافات المنفرة معهم، التقليل من الضغوط أو الصراعات الأسرية، حل الصراعات الاجتماعية.
٧ ـ لعب الأدوار Role playing	القيام بالتدريب على أداء دور أو سلوك جديد قبل حدوثه الفعلى.	القلق الاجتماعى، المناقشات العامة، إعطاء أوامر، خطابات عامة، استبيانات ولقاءات العمل أو القبول، المواقف الجديدة التى لم يحدث تدريب جيد عليها، مواجهة الإحباط والخوف من الفشل، وتجنب الاندفاع.
٨ ـ التدريب على الاستجابة البدنية الملائمة.	التدريب على الاستجابة البدنية الملائمة للحالة الانفعالية والموقف الاجتماعى بما فى	الإقناع، الفاعلية الاجتماعية، خلق انطباع جيد ومتحمس، الثقة بالنفس، إعطاء أوامر أو

«تابع» أساليب اكتساب

الأسلوب	معناه	متى يُستخدم
Appropriate Body language	ذلك نبرات الصوت، والتقاء العيون، وتعبيرات الوجه، والحركة.	توجيهات التدريب على اتخاذ قرارات.
٩ ـ التلون الانفعالى Emotional Coloring	التدريب على الانفعالات المختلفة والمتعارضة بما فيها المعارضة والهجوم، وتقبل المدح، وإظهار الود، وتأكيد الأنا..... إلخ.	تكوين علاقات اجتماعية دافئة ووثيقة، إنهاء المواقف الاجتماعية دون انفعالات سلبية أو قلق، التخلص من القلق الاجتماعى، تحقيق مكاسب متبادلة لكل الأطراف الداخلة فى عملية التفاعل، ضبط النفس.

الخلاصة

تفرط الحياة الحديثة ـ بناءً على مفاهيم تربوية وأخلاقية خاطئة ـ فى التأكيد على ضرورة أن يقمع الإنسان التعبير عن انفعالاته، ومشاعره نحو الأشخاص أو المواقف التى يواجهها، وصحيح أن حياة الإنسان فى المجتمع تتطلب ضرورة كفه لبعض التصرفات، لكن الإفراط فى ذلك يؤدى إلى كف قدراتنا الإيجابية عن التعبير الملائم عن مشاعرنا، مما يحول الإنسان إلى شخصية مكفوفة، ومنسحبة ومقيدة وحبيسة لانفعالات وعادات لا تترك إلا نطاقًا ضيقًا للصحة النفسية والسعادة الخاصة. ويشير مفهوم تأكيد الذات وحرية التعبير الانفعالى إلى ضرورة أن يعبر الإنسان عن مشاعره بصدق وأمانة فى المواقف المختلفة ومع الأشخاص المختلفين، فيما عدا التعبير عن القلق والاضطراب. ويبين البحث النفسى أن الخوف من تأكيد الذات والعجز عن التعبير الانفعالى الملائم يعتبران سببين رئيسيين من أسباب القلق، والصراع، والاضطرابات النفسية، ونتيجة لها فى الوقت نفسه. وتشمل حرية التعبير عن المشاعر ضرورة التعبير عن كل المشاعر الإيجابية (الحب والمودة) والسلبية (الغضب) بما يلائم الموقف والمنبهات. وقمع التعبير عن المشاعر يعمل على زيادة النزعات العصابية، ولا يخفف منها. ويؤدى النجاح فى تنمية القدرة على حرية التعبير الانفعالى وتأكيد الذات إلى تخفيض القلق والاكتئاب، وإقامة علاقات اجتماعية ناجحة. وفى كل مرة ينجح فيها الإنسان فى ذلك تزداد ثقته بنفسه وقدرته على الضبط الذاتى. ويطور المعالجون النفسيون عددًا من الأساليب والطرق التى تساعد الأشخاص على ذلك، منها التشجيع على التعبير المتعمد عن الانفعالات والمشاعر بكلمات صريحة مسموعة، وبطريقة تلقائية، وتقبل المدح، والثقة فى أداء الأدوار، وتدريب المهارات الاجتماعية، وإحداث استجابات بديلة ملائمة للتعبير الشعورى... إلخ.

مراجع وتعليقات

* للاطلاع على نظرية «سالتر» Salter فى العلاج وقدرته على توظيف نظريات بافلوف فى العلاج النفسى. انظر كتابه الشائق:

Salter, A. (1949) **Conditioned reflex therapy**. New York: Creative Age Press New York Capricorm Books. Putnams Sons, 1961.

وانظر نموذجًا لمنهجه فى العلاج حالة الشباب الممل - والمعالج الحازم الواردة فى هذا الفصل.

** مقياس تأكيد الذات الوارد فى هذا الفصل من إعداد «ويلوبى» ويُستخدم بكثرة فى العلاج السلوكى.. ولو أن هناك مقاييس متعددة لهذا الجانب. انظر:

Willoubghy R.R.(1934). Norms for the Clark-Thurstone InventoryJournad of Social Psychology 5; 91.

** على الرغم من جوانب التقدم فى تدريب المهارات الاجتماعية وتأكيد الذات، فإن هناك محاولات مماثلة تمت فى الأربعينيات. فقد اهتم «هرزبرج» وهو طبيب ألمانى بمنهج فى العلاج النفسى أطلق عليه اسم العلاج الإيجابى. وجعله عنوانًا لكتابه الرئيسى فى هذا الموضوع سنة ١٩٤٥، ومن بين ما لاحظه هرزبرج أن كثيرًا من المرضى النفسيين يعتقدون خطأ أن عليهم نتيجة لمتاعبهم النفسية ومشكلاتهم أن يبالغوا فى حماية أنفسهم، وتحويطها بالرعاية وأن يعزفوا عن العمل أو أى نشاط اجتماعى أو رياضى بحجة هذا التعب. وكل هذه المحاولات المفرطة فى رأى «هرزبرج» تُعتبر خاطئة من وجهة نظر الصحة النفسية، ولا تساعد على التخفف من المرض النفسى، بل إنها على العكس تزيد من حدة الأعراض المرضية وتزيد من قوتها. ومن الطريف أنه يقترح عددًا من الطرق لعلاج المرضى تعتبر - دون شك - بمثابة إرهاص ذكى بالتطورات الحديثة فى العلاج النفسى - السلوكى المعاصر. فهو - مثلاً - يقترح أن يكون هدف المعالج هو إزالة مخاوف مرضاه من النشاط والجهد بمضاعفة النشاط والجهد. ومن رأيه أن نجاح المرضى فى تبنى هذه السياسة سيساعد على ذلك. وكان يكلف مرضاه

بواجبات منزلية تتلاءم مع قدراتهم الذهنية والبدنية والخلقية، ولكنها تختلف اختلافًا جذريًا مع بناء الشخصية والتعود المرضى. فعلى سبيل المثال كان يكلف المرضى الذين يلمس فيهم تقاعسًا بدنيًا ـ دون أسباب عضوية ـ بممارسة الألعاب الرياضية. أما المرضى الذين يتميزون بالخجل فقد كان يكلفهم بمقابلة الناس ومبادرتهم بالحديث. والمرضى الذين يفتقدون الثقة بالنفس كان يكلفهم بأداء أعمال مثل: رفع الصوت فى الحديث، أو رفض نوع من الطعام فى مطعم، أو المساومة على ثمن شىء مع الباعة.. إلخ، وبالطبع لم يكن يعطى هذه الأوامر بشكل تسلطى أو ضاغط بقدر ما كان يعرضها على المريض على أنها هدف من أهداف العلاج والتخلص من المشكلة.

* * * تجدر الإشارة إلى أن أساليب تأكيد الذات تستخدم فى علاج حالات الوسوسة أيضًا.. فقد أمكن. لواينر Weiner أن يقوم بعلاج حالة شاب فى الخامسة عشرة من العمر، خجول، ويعانى من اضطرابات حوازية تمثلت فى أفعال قهرية متعددة عند الاغتسال، أو القراءة، وارتداء الملابس، فضلاً عن الوسوسة فى تنظيم الأشياء وترتيبها. وقد تطلبت العملية العلاجية لهذا الشاب خطة ليستبدل بهذه الطقوس طقوسًا جديدة مماثلة ذات زمن محدد ومن شأنها التدخل فى النشاط اليومى، ولكن بدرجة أقل من الطقوس والوساوس الأصلية. فعلى سبيل المثال، كان من بين الطقوس القهرية التى عانى منها هذا الشاب التأكد الوسواسى المستمر من أن دولاب حجرته فى المدينة الجامعية مغلق بإحكام لهذا كان يعود بعد أن يخرج من حجرته ويمشى لمسافات طويلة يعود للتأكد من ذلك.. وكان أحيانًا بعد أن يصل لحجرة الدراسة يتذكر بأنه يجب عليه التأكد من أن حجرته ودولابه مغلقان. طلب المعالج من الشاب بأن يضع حجة منطقية لهذا الإجراء الوسواسى «الخوف» من سرقة ملابسه وحاجياته الخاصة مثلاً، ثم طلب منه بعد ذلك أن يحدد الإجراءات الضرورية لتحقيق هذا الهدف. وبناء على هذا، طلب منه المعالج أن يقفل الدولاب وأن يعود للتأكد من ذلك بعد غلقه مباشرة لمرة واحدة، ثم يعود خطوة للوراء، ويقول لنفسه وقد وضع يديه فى جيبه وبصوت عالٍ: «الآن لقد تأكدت من أن الدولاب مغلق وإننى متأكد وواثق من ذلك، ومتأكد من أن كل شىء بداخله سليم، وأنه لا يوجد بالمرة أى سبب منطقى يدعونى للتأكد من ذلك مرة أخرى، وما علىَّ الآن إلا أن أخرج لكى ألحق بمحاضراتى».

ومن الملاحظ أن سلوك الشاب قد تحسن تحسنًا ملحوظًا فى هذا الاتجاه، بسبب أنه استبدل بطقوسه القهرية طقوسًا قهرية أخرى، ولكن تقل عنها جهدًا ومضيعة للوقت. وفى تعليق «واينر» على أسباب النجاح رأى أن سبب النجاح هنا هو القيام بالأفعال وأدائها بدلاً من التفكير فيها. فالقيام بالعمل والفعل منعا ذهن المريض من التجول فى احتمالات كانت تضع سلوكه قبل ذلك تحت سلطان وساوسه. ومثل هذا التفسير قريب فيما هو واضح من التدريبات الحديثة على أساليب تأكيد الذات. لتفاصيل هذه الحالة انظر:

الفصل السابع

قوة التدعيم

من الأشياء التى تؤيدها المشاهدة العادية، فضلاً عن العلم، حقيقة بسيطة تحكم حياتنا إلى حد بعيد، وتلك هى أن ما يعود علينا من نتائج بعد أن نتصرف أو نسلك بطريقة معينة يؤثر بطريقة مباشرة فى هذا التصرف أو هذه الطريقة من السلوك. فإذا كان النتاج أو العائد جميلاً فأغلب الظن أننا سنكرر هذا التصرف بعد ذلك كثيرًا، أما إذا كان رد الفعل سلبيًا فأغلب الظن أننا سنفكر مرات ومرات قبل أن نكرر هذا السلوك من جديد. ماذا لو أنك طرحت فكرة معينة، فوجدت أنها تلقى هوى من زملائك أو رفاقك، أغلب الظن أن حماسك سيزداد بعد ذلك لطرح كثير من الأفكار الجيدة. وماذا لو أن شخصًا أخذ يتابع امرأة غريبة عنه فى الشارع محاولاً التحرش بها، فإذا برجل بوليس يتصدى له مهددًا إياه بالحبس أو الغرامة إن تكرر منه هذا السلوك.. على الأرجح أن هذا الشخص ـ إن كان عاقلاً ـ لن يعود إلى هذا الفعل من جديد. بعبارة أخرى، فإن العائد أو الآثار التى تحدثها استجاباتنا فى البيئة تعدل من سلوكنا بعد ذلك. إن الكائن الحى ـ ببساطة ـ لا يتوقف فى وقت من الأوقات عن إبداء استجابة أو سلوك معين فهو يضحك أو يبكى، يبتسم أو يكشر، يحتد، ويغضب، ويبكى، ويبتعد أو يقترب من الآخرين، يتحدث، أو يصمت يخاف، أو يهدأ، يثور أو يقمع نفسه.. إلخ. وهو فى كل ذلك يرغب فى تغيير البيئة المحيطة به لتحقيق هدف أو رغبة معينة. وبعض جوانب من سلوكه هذا يؤدى إلى التغيرات المرغوبة وبعضها لا يؤدى. وإذا حدثت الآثار المرغوبة نقول بأن السلوك الذى أدى إليها قد أُثيب وكوفئ، وبالتالى نجد أنه يزداد شيوعًا فى تصرفات هذا الشخص بعد ذلك. أما

إذا لم يؤد سلوك معين إلى آثار مرغوبة أو أدى، إلى عكس ذلك أي إلى استهجان (كما في حالة جريمة قتل أو زنًى، أو سلوك انفعالي أو جنسي طائش)، فإننا نقول بأن هذا السلوك قد عوقب، وبالتالي من المتوقع أن يتضاءل أو يتوقف ظهوره بعد ذلك.

فالإنسان ـ إذًا ـ يعيش في عائد اجتماعي مستمر: يتصرف بطريقة معينة، فترد عليه البيئة بشكل من أشكال الإثابة أو العقاب كعائد لتصرفات الكائن الأصلية. وهذا العائد (أو المردود) يسهم بدوره في تشكيل الاستجابات التالية للكائن (أي بالتشجيع على زيادة الطيب منها، والتقليل من السيئ).

ويجعل «سكينر» (المرجع ١٢٨) من هذه الحقيقة موضوعًا لنظريته في السلوك، فيطلق على جوانب السلوك التي تتدعم من البيئة مفهوم السلوك الفعال Operant Behavior قاصدًا الإشارة إلى نمط من الاستجابات يترك آثارًا فعالة على البيئة لتوليد نتائج أو آثار معينة، وبالتالي يتدعم أو ينطفئ بمقدار استجابات البيئة (أي العائد البيئي). ويطلق «سكينر» على العملية التي بمقتضاها يتدعم نمط من الاستجابات بهذه الطريقة اسم التشريط الفعال(*).

إن التعلم الفعال عملية يستطيع الشخص من خلالها أن يتعامل بنجاح مع بيئة جديدة. إن كثيرًا من الأشياء التي تتضمنها البيئة كالطعام، والماء، والجنس، والهروب من الخطر ضرورية وأساسية لبقاء الشخص والنوع البشري. وكل سلوك يؤدي إلى التوصل لهذه الأشياء يُعتبر ذا قيمة أساسية لتحقيق البقاء.

والسلوك الذي له مثل هذه الخاصية يزداد شيوعه من خلال عملية التدعيم الفعال. ولهذا يُقال بأن السلوك حصيلة لما يتركه من نتائج أو آثار. ولهذا أيضًا تسمى الآثار التي يحدثها السلوك في البيئة مدعمات. وعلى هذا، فإن الكائن الذي يشعر بالجوع، تتدعم لديه وتقوى أنماط السلوك التي تؤدي إلى التوصل

(*) وهو يختلف عن التعلم التقليدي كما صاغه بافلوف، والذي يحدث بصورة آلية بسبب الارتباط بين المنبهات الأصلية (ظهور الطعام) والشرطية (صوت الجرس). فالاستجابة لصوت الجرس بإفراز اللعاب عند الكلب في تجارب بافلوف يحدث بطريقة آلية انعكاسية.

للطعام. وبالمثل، فإن السلوك الذى يقلل من خطر واقع كتجنب درجة مرتفعة من الحرارة ـ يتدعم نتيجة لهذه الوظيفة ويزداد شيوعه فى المواقف التالية»(١).

وما نستنتجه من هذا هو أن مبدأ التدعيم يقرر أنه إذا كانت نتائج السلوك إيجابية فالمرجح أن يتكرر هذا السلوك. أما إذا كانت نتائجه سلبية فالغالب أنه لن يتكرر ولن تحدث بالتالى عملية التعلم. ومن المتفق عليه بين علماء النفس السلوكى فى الوقت الراهن أن كثيرًا من أبعاد حياتنا الاجتماعية، واتجاهاتنا، وفلسفتنا فى الحياة يحكمها مبدأ التدعيم. أضف إلى هذا السلوك المرضى أو الشاذ الذى يصدر عمن نسميهم بالمتخلفين عقليًا، أو الفصاميين أو حتى كما يصدر عن الأطفال العاديين. فالاستجابة للطفل كلما بكى بحمله وعناقه ستؤدى فى غالب الظن إلى أن يصبح البكاء أسلوب حياة مفضلاً لدى هذا الطفل كلما احتاج إلى تحقيق رغبة معينة. والمشكلات المختلفة التى تصدر عن المضطربين كالعدوان والانسحاب، والتهجم والعزوف عن الاتصال، والسباب وغير ذلك من اضطرابات سلوكية تتدعم على الأرجح نتيجة تدعيم خاطئ(*). فكما يدعم المجتمع أشكالاً جيدة من السلوك، قد يدعم أشكالاً شاذة. ولهذا فعندما يستخدم مبدأ التدعيم بطريقة منظمة يمكن أن يصبح وسيلة علاجية تساعد على مواجهة كثير من المشكلات الإنسانية وتعديلها.

والآن ما التدعيم؟

يشير مفهوم التدعيم إلى أى فعل يؤدى إلى زيادة فى حدوث استجابة معينة أو تكرارها، وذلك مثل كلمات المدح والتشجيع أو الإثابة المادية أو المعنوية لنمط معين أو أنماط من الاستجابات الصادرة عن الشخص. وقد يكون التدعيم إيجابيًا أو سلبيًا.

أما **التدعيم الإيجابى**، فيشير إلى أى فعل أو حادثة يرتبط تقديمها للفرد بزيادة فى شيوع السلوك المرغوب. فتقديم الطعام، أو قطعة الحلوى للطفل عندما

(*) فى كثير من القرى العربية تعامل الهلاوس الصادرة عن المرضى العقليين (المجاذيب) وضعاف العقول على أنها علامة من علامات الورع، ويعامل ضعاف العقول ـ أحيانًا ـ على أنهم من أولياء الله.

يقوم بعمل محبوب يُعتبر مدعمًا إيجابيًا؛ لأنه سيؤدى إلى زيادة فى شيوع السلوك «المحبوب» لدى الطفل بعد ذلك. أما **التدعيم السلبى**، فيتمثل فى التوقف عن إظهار مدعم كريه أو منفر عند ظهور السلوك المرغوب، وهو يؤدى بالمثل إلى زيادة فى تكرار السلوك المرغوب. وذلك مثل توقف الطفل عن البكاء (تدعيم سلبى) عندما يحمله والداه (سلوك مرغوب)، أو توقف المجرب عن توجيه صدمة كهربائية للحيوان (تدعيم سلبى) عندما تظهر منه الاستجابة الملائمة (سلوك مرغوب). أو التوقف عن اعتقال سجين سياسى (تدعيم سلبى) عندما يعلن عن ولائه للنظام الحاكم (سلوك مرغوب من السلطة). فى كل هذه المواقف نجد أن المدعم (البكاء - الصدمة الكهربائية... إلخ) يتوقف ظهوره بحيث يؤدى هذا التوقف إلى زيادة فى السلوك المرغوب فيه (حمل الطفل، السلوك المؤدى للهدف).

والتدعيم السلبى يشبه التدعيم الإيجابى من حيث إن كليهما يؤدى إلى زيادة فى السلوك المرغوب، لكنهما يختلفان من حيث إن أحدهما (التدعيم الإيجابى) يتضمن إعطاء أو تقديم شىء (مكافأة، أو تحبيذ) - عند ظهور الاستجابة المرغوبة، أما التدعيم السلبى فيتضمن حجب وتوقف ظهور مدعم منفر وكريه عند ظهور السلوك المرغوب.

والتدعيم السلبى بهذا المعنى يختلف عن العقاب Punishment؛ لأن العقاب يتضمن إظهار منبه مؤلم ومنفر، أو التوقف عن التدعيم الإيجابى عندما يظهر سلوك غير مرغوب. بعبارة أخرى، فإن التدعيم السلبى يهدف إلى زيادة شيوع السلوك المرغوب بالتوقف عن التدعيم، أما العقاب فيهدف إلى التقليل من شيوع السلوك غير المرغوب. وكمثال على العقاب عقاب الطفل بالضرب، أو طرد تلميذ من الفصل إثر استجابات اجتماعية غير ملائمة (إثارة الضجيج مثلاً) بهدف التوقف عن سلوك خاطئ. وهناك ثلاثة أساليب من العقاب من شأنها التقليل من نمط السلوك غير المرغوب، هى:

أ - تقديم منبه منفر (الضرب، أو التجاهل) عند ظهور السلوك غير المرغوب.

ب - إبعاد الشخص عن موقف قد يعود إليه بالفائدة أو مدعم سابق، مثل طرد التلميذ من الفصل إثر إثارته للضجيج.

جـ ـ تغريم الاستجابة غير المرغوبة بالإنقاص من المدعمات السابقة (ويُسمى هذا الأسلوب بتكاليف الاستجابة). وتعتبر الجزاءات المادية التى تفرض على السائقين عند خرق علامات المرور مثالاً طيبًا على هذا النوع. وكمثال على هذا أيضًا عندما نستعيد مدعمًا كنا قد أعطيناه للطفل (لعبة، أو قطعة من الحلوى) عند ظهور سلوك غير مرغوب.

الاستخدامات العلاجية للتدعيم

المثال الآتى يوضح استخدام الأساليب السابقة فى تغيير سلوك مريض فصامى مزمن ومحجوز ـ آنذاك ـ فى أحد مستشفيات الأمراض العقلية، ولنطلق عليه السيد (س).

حالة مريض عقلى

«تم تشخيص السيد (س) على أنه مصاب بفصام مصحوب بإصابة عضوية فى المخ. وتدل كل التقارير التى جمعت عنه على أنه أخذ يتحول إلى حالة متعذرة، تفسد نظام العمل بالعنبر العلاجى، سواء بإثارة المرضى الآخرين، أو إزعاج هيئة العمل بالمستشفى بطلبات غير واقعية لا تنتهى. وبسبب افتقاد المريض لأى دوافع مباشرة للعلاج تعثرت معه كل محاولات الإصلاح وعزف العاملون عن التعامل معه. وعلى هذا تبلور الهدف العلاجى للمريض فى إيجاد طريقة أفضل فى تعامل بيئة المستشفى معه، بحيث يمكن بعد ذلك إغراؤه بتكريس أطول فترة ممكنة من وقته وجهده فى الإجراءات العلاجية التى كانت تبذل له، وبحيث يتضاءل قلق العاملين عند التعامل معه، وبالتالى يزداد إقبالهم على مساعدته».

«ولتحقيق ذلك تبلورت الخطوة الأولى فى التوصل إلى فهم دقيق وواعٍ لأنماط السلوك التى كانت تصدر عن المريض، ولتحديد كيفية استجابة العاملين لها. وعلى هذا أمكن حصر أهم جوانب السلوك الكريهة فى حالة مريضنا كما يلى: التبول والتبرز على أرض العنبر، الصياح، السب، إزعاج المرضى الآخرين والعاملين، نداء الأسماء بطريقة غير لائقة، الإلحاح فى طلب السجائر من

المرضى الآخرين، الإلحاح فى طلب أشياء منفرة بما فى ذلك ـ مثلاً ـ أن يوثق العاملون رباط حذائه.. وهكذا. أما الخطوة الثانية فقد تبلورت فى تحديد كيفية استجابة العاملين لهذه الأنماط السلوكية البغيضة. وقد ظهر واضحًا أن سلوك السيد (س) غير اللائق كان يستثير اهتمام العاملين والتفاهم».

وللتخلص من هذه الأنماط السلوكية الكريهة تم التفكير فى طريقتين علاجيتين، نوقشتا مع بقية العاملين بالعنبر، وهما:

١ ـ عدم إظهار أى اهتمام اجتماعى أى التجاهل التام، عندما تصدر منه هذه الجوانب السلوكية المنفرة وغير المقبولة.

٢ ـ إظهار الاهتمام مع إعطائه بعض المدعمات المادية (سجائر مثلاً)، أو النفسية (امتداح سلوكه علنًا مثلاً) عندما يصدر منه سلوك يُعتبر مقبولاً من الناحية الاجتماعية. ولتحقيق ذلك تقرر تقديم إثابة مادية ملموسة فى كل مرة يمكن فيها للسيد (س) أن يحتفظ بسلوك ملائم لمدة خمس عشرة دقيقة. وكانت هذه الإثابة عبارة عن بطاقة توضع فى سجله الخاص، بحيث يجب أن يقدم له فورًا سيجارتان لكل بطاقتين. وقد أمكن أيضًا استخدام هذه البطاقات لإرشاد العاملين بمقدار التقدم فى سلوك (س)؛ وبالتالى لكى يمكنهم تدعيم أى سلوك ملائم يصدر عنه.

أما من حيث التغير فى سلوك (س) فقد كان ملحوظًا للغاية. فبعد يومين فقط قرر العاملون بأنه قد تحسن (إلى حد ما)، وبعد ستة أيام من تنفيذ البرنامج قرروا بأنه تحسن (بطريقة حاسمة).

ومن الطريف أنه فى نهاية الأسبوع الثانى عزف المريض عن موضوع البطاقات. وقرر أن النقود التى يتلقاها بمناسبة عيد ميلاده ستمكّنه من شراء حاجته من السجائر. وفى نفس هذا الوقت بدأ العاملون أنفسهم يستجيبون بطريقة «تلقائية» وإيجابية لجوانب السلوك الملائمة، كما استمروا أيضًا فى تجاهل جوانب السلوك غير المقبولة. فضلاً عن هذا، فقد بدأ السيد (س) يندمج فى جوانب أخرى متنوعة من السلوك المقبول من البيئة المحيطة به ولم تكن فى

الحسبان عند تصميم خطته العلاجية الأولى، وذلك مثل التقرب والتودد مع العاملين والمرضى، والدخول فى مناقشات معقولة مع الزائرين. وهكذا لم يعد من الضرورى تقديم السجائر عند ظهور السلوك المقبول للحفاظ على المنجزات التى أحرزها مريضنا.

لقد تحول السيد (س) فى هذه الفترة من شخص أشعث، سَبَّاب ومتهجم إلى شخص قادر على إرضاء حاجاته الاجتماعية بطريقة ملائمة، وقادر أيضًا على المساهمة مع العاملين فى تنفيذ برنامج علاجه الصحى والنفسى.

يُعتبر هذا مثالاً طيبًا لاستخدام مبدأ التدعيم وتطبيقه فى مجال السلوك المرضى. إن بؤرة سياسة علاج المريض هنا تكمن فى المبدأ البسيط لنظرية سكينر: غيِّر البيئة وسيتغير السلوك من خلالها (للمزيد من استخدامات التدعيم انظر ٧، ٩، ١٦، ٨٦، ٩١).

دعنا نفترض مثالاً آخر: أُمّ تصحب ابنها ذا العام الثامن للمعالج السلوكى موضحة أنه كان يبدى نموًا لغويًا عاديًا إلى أن بدأ يذهب للمدرسة بعد أن بلغ عامه السادس، ومنذ ذلك الحين تدهورت قدرته على الكلام، وأصبح الآن أخرس بالتقريب. وبسبب هذا تأخر نقله من مرحلة دراسية إلى أخرى. لقد أخذته لعدد من الأطباء، لكن الفحص الطبى لم يكشف عن أى أسباب عضوية وراء هذا العجز عن الكلام.

المعالج السلوكى بطريقة التدعيم هنا سيقضى ـ فى الغالب ـ عددًا من الجلسات مع الأم ومع الطفل محاولاً تبين الظروف التى أحاطت بظهور هذا العَرَض، وبناء على هذا الفحص الدقيق يضع برنامجًا من التدعيم الفعال للتغيير من هذا السلوك غير المرغوب.

فهو **أولاً** قد يطلب من الوالدين أن لا يدفعا الطفل بأى شكل من الأشكال للكلام، لأن أى ضغط على الطفل فى هذا الاتجاه معناه خلق منبهات منفرة مصاحبة للكلام. ثم يطلب **ثانيًا**: أن يرى الطفل فى جلسات أسبوعية لمدة نصف ساعة أو ساعة كل مرة. ويكون قبل ذلك قد عرف من الوالدين أنواع الحلوى أو اللعب التى يحبها الطفل، حتى يجعلها متاحة للطفل فى العيادة وفق خطة معينة. وهنا يبدأ العلاج.

فى الجلسة الأولى قد يكشف المعالج (أو لا يكشف) للطفل ما يريد منه القيام به أو تحقيقه. وسيصحبه ـ فى الغالب ـ إلى حجرة مملوءة باللعب الجذابة، تاركًا له حرية اختيار اللعبة التى تشد انتباهه أكثر من غيرها، محاولاً الاشتراك معه فى اللعبة إذا سمح له الطفل بذلك. لكن فى كل الأحوال سينتبه المعالج إلى أى نشاط صوتى أو أى نشاط يرتبط بالكلام عند الطفل كبعض الأصوات الحلقية، أو حتى مجرد همهمة غير واضحة بالشفاه، وعند ظهور أى شكل من أشكال هذا النشاط يقدم له ـ فورًا ـ قطعة من الحلوى التى يهواها طفلنا الأبكم. ويستمر فى ذلك عند أية محاولة اقتراب من الكلام بإعطاء قطعة إضافية من الحلوى. وبالطبع قد يزيد المعالج من التدعيم، فبدلاً من قطعة قد يعطيه قطعتين من الحلوى عند ظهور السلوك المرغوب (النشاط اللفظى). وسيلاحظ المعالج أنه بعد عدد قليل من الجلسات من هذا النوع، سيبدأ الطفل فى نطق بعض الكلمات لمعالجه.

ولأن المعالج يعرف أن السلوك نتاج لما يحدثه من آثار فى البيئة، فقد يغير من مدعماته. فقد يمتدح الطفل ـ مثلاً ـ لتقدمه فى الكلام ويقترح إعطاءه لعبة صغيرة فى كل مرة ينطق فيها كلمة أو جملة. لقد وضع المعالج سياسته على أساس تدعيم السلوك المرغوب، وسيبدأ بعد ذلك فى التوسيع من نطاق التدعيم الاجتماعى. وبناء عليه، فقد يطلب من الوالدين بعد هذا أن يستمرا فى نفس سياسة التدعيم الفعال. إنه يبين لهما أنهما حتى الآن يقومان خطأ بتدعيم السلوك غير المرغوب بطريقة غير مقصودة. فبدفعهما وضغطهما على الطفل للكلام لا يشجعانه على الكلام بمقدار ما يشجعانه على الصمت والانسحاب. إن عليهما منذ الآن أن يتجاهلا تمامًا الطفل إذا ما صمت، وأن يبديا كل مظاهر الاهتمام عندما يتحدث أو يبدى أى نشاط قريب من الكلام. وفى هذه المرحلة بالطبع ينتقل المعالج بالعلاج من العيادة إلى البيئة الحقيقية.

أما المرحلة النهائية فهى تبدأ أيضًا فى توسيع مجالات التدعيم الاجتماعى. لهذا يطلب المعالج من الوالدين أن يقوما بدعوة الأصدقاء الذين يخلقون جوًا من الطمأنينة والأمان إلى الطفل، وأن يبعداه فى هذه المرحلة عن الزملاء الذين

يكثرون من النقد، كذلك يطلب منهما أن يبلغا الأصدقاء بنفس السياسة؛ أى تجاهل الخَرَس والصمت، وإبداء الاهتمام والتشجيع عند أى نشاط متصل بالكلام. ولكى تتسع بالتدريج دائرة التدعيم الاجتماعى قد يلتقى المعالج بالمدرسين والمشرفين على تعليم الطفل موجهًا لهم التعليمات القائمة نفسها بشكل عام على إطفاء السلوك غير المرغوب (الخرس) من خلال التجاهل، والتدعيم الفعال للسلوك المرغوب (الكلام) أو النشاط اللفظى من خلال إبداء الاهتمام. إننا قد نلاحظ لفرط دهشتنا أن الطفل الآن قد انطلق لسانه من عقاله وأصبح فيما لا يزيد على أربعة أو خمسة شهور قادرًا على التعبير الطلق الملائم لعمره الزمنى.

فى هذا المثال التصورى تتركز إجراءات العلاج بطريق التدعيم الفعال، وفى الصفحات التالية سنكشف بالتفصيل عن إجراءات العلاج بالتدعيم، ثم استخداماته فى المجالات المختلفة لتعديل السلوك البشرى.

إجراءات العلاج السلوكى بطريق التدعيم وأساليبه

من المهم بادئ ذى بدء أن نبدأ أولاً: فى التحديد الدقيق لأنواع السلوك التى نريد أن نقوم بتغييرها عن طريق التدعيم الفعال. ويطلق سكينر على هذه المرحلة اسم التشخيص وفيها نقوم - كما رأينا - فى الحالة السابقة للطفل الأبكم بجمع بعض المعلومات عن تاريخ الشخص، وعن الظروف التى أحاطت بتوليد السلوك الذى يحتاج للتعديل، كذلك يجب أن نولى اهتمامنا للظروف البيئية الاجتماعية التى يعيش فيها المريض.

أولاً: مرحلة التشخيص

والإجراءات التى يقوم بها المعالج السلوكى فى هذه المرحلة تختلف فى أهدافها عما يقوم به المحلل النفسى مثلاً. إن المعالج السلوكى يولِى اهتمامه هنا لهدفين رئيسين:

١ - التحديد النوعى: للسلوك المرضى، أى ما السلوك الذى يتطلب العلاج والتغيير، ويُسمى هذا بالسلوك المحورى (عجز عن الكلام، اضطراب فكرى، تهتهة، هلاوس، اندفاع انفعالى، انسحاب، عدوان، خوف.. إلخ) بعبارة أخرى؛ فإن المعالج فى بحثه عن نمط الاستجابات المرضية يهتدى بالتعريف الشائع للسلوك

المرضى على أنه السلوك الذى لا يستريح له الفرد أو يؤدى إلى نتائج سيئة ومؤلمة، إما للفرد نفسه أو للآخرين أو لكليهما. وكل سلوك من هذا النوع يستدعى - بالطبع - التعديل والاهتمام والعلاج. أما المعالج بطريق التحليل النفسى، فهو لا يهتم - غالبًا - بالتحديد الدقيق الواضح لأنماط السلوك التى تحتاج لعلاج، ويهتم بدلاً من هذا بصياغة مفاهيم مجردة عن طبيعة الأعراض المرضية.

فهو قد يرى - مثلاً - أن المريض «يتلجلج» بسبب خوف قديم من الأب (عقدة أوديپ)، أو يتجه للتعامل مع جوانب السلوك التى تعود بالخطر على الآخرين على أنها دلالة على ضعف فى بناء الضمير بسبب أساليب خاطئة فى التنشئة، بينما يكون افتقاد المريض لتأكيد ذاته مع الآخرين راجعًا لمخاوف طفلية قديمة لم تُحل فى طفولة المريض، وغير ذلك من المفاهيم التحليلية الشائعة.

لهذا فإن الخطة العلاجية للمحلل النفسى - غالبًا ما - تهتم بمحاولة التغيير من نمط الشخصية كلها على أمل أن ذلك سيؤدى آليًا الى علاج المشكلة أو الأعراض التى أدت للعلاج. أما المعالج السلوكى الحديث فسيولى اهتمامه للاستجابات المرضية أو للأعراض ذاتها راسمًا خطته على هذا الأساس. ويكون هدفه هنا هو تدعيم السلوك الإيجابى وإيقاف السلوك المرضى بشتى أنواع التعلم.

٢ - الاهتمام المباشر بالظروف المحيطه بتكوين سلوك المريض (الذى أدى للعلاج) وهنا أيضًا يختلف المعالج السلوكى عن المحلل النفسى فى أنه لا يهتم بتاريخ المريض هكذا مجردًا، بل إنه يولى اهتمامه لأنماط التفاعل بين الفرد والبيئة التى أحاطت ببداية تولد العَرَض. إذا اكتشفت - مثلاً - أن عيبًا مرضيًا معينًا قد بدأ فى بداية الالتحاق بالمدرسة، فإنه يحاول أن يتكشف الأسباب فى إطار مفهوم الاستجابه والتدعيم، أى فى البحث عن الأخطاء التربوية التى ارتكبت فى حق هذا الشخص (بسوء نية أو بحسن نية) مما أدى إلى الاضطراب. وقد يكتشف أن البيئة المدرسية - مثلاً - تدعم بطريقة غير مقصودة هذا السلوك بسبب الضغط، والدفع الشديد للتحصيل وغير ذلك من العوامل التى تؤدى إلى إثارة تعطل نمو السلوك السليم.

وعند تعرض المعالج السلوكى لدراسة الآثار المباشرة للبيئة التى أحاطت بتولد العرض المرضى يهتم بإطاره النظرى العام وهو أن السلوك المحورى (القلق مثلاً) نتاج رئيسى لاستجابات البيئة للسلوك الانفعالى العام لدى الشخص.. إن البيئة المحيطة تستجيب للفرد بطريقة تؤدى لتدعيم القلق والتوتر بدلاً من تدعيم الاتزان الوجدانى. أما المحلل النفسى فهو على العكس من ذلك تماماً قد يهتم بتاريخ حياة الشخص، وتشجيع التداعى الطليق للطفولة وتكون هذه الأشياء هى المحور الأساسى للعلاج. إن هدف المحلل النفسى فى هذا الاتجاه يتجه باختصار لجمع المعلومات عن تاريخ حياة المريض دون اهتمام مباشر بأنماط الخطأ فى تدعيم السلوك المرضى ودون تحليل سلوكى للشروط المحيطة بتكوينه(*).

ثانيا: العلاج

يعترف الكثيرون بدور العلم فى التشخيص، وجمع المعلومات عن المريض، والظروف المحيطة بتكوين الأعراض، وكيفية عقد المقابلة الشخصية، وتصميم ووضع الاختبارات التى تساعد على التحديد الدقيق للسلوك المريض. لكن الكثيرين قد يرون أن دور العلم يتوقف عند هذه النقطة، لكى يبدأ العلاج النفسى بعد ذلك متروكًا لذكاء المعالج الشخصى، وخبراته وبصيرته، وقدرته على التأثير والحكم الجيد. ونتفق مع «سكينر» فى أن هذا نموذج لسوء الفهم لدور العلم وتطبيقاته فى السلوك الإنسانى، إن دور العلم لا يقف عند مجرد وضع اختبار جيد للذكاء يساعدنا على تحديد نسبة التخلف العقلى، أو وضع اختبار للشخصية يساعدنا على تحديد طبيعة الاضطراب السلوكى ومقداره. إن جمع المعلومات هى الخطوة الأولى فى التحليل العلمى من أى نوع. أما الخطوة الثانية فهى تتضمن وضع علاقات وظيفية بين المنبهات والاستجابات، أى تحديد المتغيرات التى ستساعد على التغيير من سلوك أو نمط سلوكى معين. بعبارة

(*) قد يزعم بعض المعالجين النفسيين أن جمع معلومات عن تاريخ الحياة أيضًا مرحلة سابقة للعلاج. لكن من المؤكد مع هذا أن العلاج التالى القائم على جمع تاريخ حياة المريض غير قائم على تحليل سلوكى دقيق للشروط المحيطة بتكوين العرض. ومع هذا، فإن بعض المحللين النفسيين ينجحون فى علاج مرضاهم، لكن يبدو مع هذا أن كثيرًا من جوانب هذا النجاح تعود لاستخدام هؤلاء المحللين أساليب من التدعيم مماثلة لما نذكره هنا.

أخرى تتركز المرحلة الثانية فى ضبط تلك المتغيرات السابقة والتحكم فيها على أمل التغيير والتحكم فى السلوك الناتج (الاضطراب السلوكى) والتحكم فى السلوك المضطرب بإلغائه أو التخفف منه هو ببساطة العلاج النفسى. وبناء على هذا فإن العلم الجيد الملائم سيساهم مساهمة أكبر فى العلاج؛ لأن منطق العلم أساسًا يقوم على التجربة وضبط المتغيرات.

وفى مرحلة العلاج يكون هدف المعالج السلوكى ـ أساسًا ـ هو المساعدة على التحديد الدقيق لأنماط السلوك السوى التى يتجه إليها اهتمام المريض (تأكيد الذات، التخلى عن العدوان، القدرة على رعايه النفس والتوقف عن تعاطى مخدرات أو مشروبات كحوليه.... إلخ). كذلك مقدار شيوع هذه الأنماط السلوكية الجديده، أى تكرارها وظهورها أكثر من أنماط السلوك المحورى المرغوب تغييره والتخلص منه.

ويستعين المعالجون السلوكيون بأساليب متعدد لعلاج السلوك المرضى.. وفيما يلى أمثلة لأهم الأساليب المستخدمة وتطبيقاتها:

أساليب التدعيم

تتضمن تطبيقات العلاج النفسى بالتدعيم الأساليب الخاصة بالتعلم الإنسانى والحيوانى. بعبارة أخرى فإن مفاهيم نظرية التعلم التى صاغها «سكينر» وتلامذته تستخدم فى مجال تعديل الاضطرابات النفسية والعقلية. وعلى سبيل المثال، هناك تقارير منشورة متعددة تبين أن بعض هذه المفاهيم قد أمكن توظيفها فى المجال العلاجى ويؤدى بعضها إلى نتائج إيجابية واضحة. صحيح أن كثيرًا من المفاهيم النظرية لم يمكن بعد توظيفها بنفس النجاح، إلا أن ما أمكن توظيفه يوحى بالأمل فى مستقبل طيب فى التعامل مع السلوك الإنسانى المرضى. ولعلنا لا ننسى أن الدخول بنظرية التعلم إلى التطبيق العلاجى حدث فى فترة متأخرة نسبيًا عن تطبيقات هذه النظرية فى المجالات الأخرى، لكن النتائج حتى الآن توحى بأن تنفيذ هذه الأساليب يؤدى الى تعديلات واضحة ملموسة فى أنماط الاضطرابات والأمراض النفسية. وفى الأجزاء التالية سنناقش استخدامات

بعض هذه المفاهيم فى مجالات العلاج الجمعى، أو الضبط الجمعى للسلوك المرضى فى مؤسسات الصحة العقلية.

التدعيم الأولىً المباشر

يتجه بعض المعالجين إلى تدعيم الاستجابات المرغوبة بتقديم مدعمات أولية مباشرة مثل الطعام والشراب. بعبارة أخرى، فى هذا النوع من العلاج يتجه اهتمام المعالج إلى تدعيم الاستجابة المرغوبة بإرضاء حاجة أو رغبة بيولوچية أو جوهرية فى بقاء الإنسان وتكامله. وبالطبع نتيجة لأن مثل هذا النوع من التدعيم وحجبه (فى شكل تدعيم سلبى) محوط باعتبارات خلقية، لهذا نتوقع عدم استخدامه فى الحالات المرضية المعقدة.. ومع ذلك وبخطط معينه ذكية يمكن للمعالج أن يستخدم التدعيم الأولى المباشر حتى فى علاج الحالات المستعصية. فعلى سبيل المثال، يمكن استخدام تدعيمات أولية ذات طابع ترفيهى مثل: الحلوى والسجائر والفاكهة فى تدعيم السلوك الجيد. ولقد أمكن لبعض المعالجين أن يقدموا بعض هذه المدعمات (الحلوى ـ مشروبات غازية ـ سجائر) مع بعض المرضى البكم (أو الأشبه بالبكم) لتنمية القدرة على الكلام لديهم. وعلى الرغم من أنه تبين نجاح هذا الأسلوب فى زيادة معدل الكلمات المنطوقة واستمرارها من المؤسسة، فإن نسبة الكلام التى تتكون بهذه الطريقة ـ غالبًا ما ـ تكون للأسف ذات طبيعة آلية، أو خالية من التلقائية.

ونتفق مع المعالجين المعاصرين فى أن استخدام المدعمات الأولية المباشرة من أكثر المجالات العلاجية التى يثور حولها الجدل، بخاصة فيما يتعلق بحقوق المرضى المحجوزين فى المستشفيات. إن الامتناع عن تقديم الطعام أمر تحوطه اعتبارات خلقية وقانونية بطبيعة الحال. ولهذا يقدم بعض الباحثين أنواعًا من الأطعمة الترفيهية أو المغلفة بشكل جذاب، وبعضهم يرى أن من حق المريض أن يتناول وجبة غذائية ملائمة من حيث الشروط العامة للصحة، لكن إذا تعلق الأمر بحصول المريض على طعام ترفيهى فإن عليه أن يتصرف بطريقة ملائمة حتى يحصل عليه، ثم أليس هذا ما يتطلبه المجتمع الخارجى ويعامل أفراده على أساسه؟

التدعيم الاجتماعى

من أكثر أساليب التدعيم العلاجى شيوعًا فى الوقت الراهن ما يسمى بالتدعيم الاجتماعى، أى تلك الأساليب التى تتضمن التقديم النظم للتدعيم الاجتماعى، مثل: المدح والتقريظ والتشجيع وإبداء الاهتمام عند ظهور الاستجابة المرغوبة. ومن المؤكد أن التدعيم الاجتماعى الإيجابى من العوامل التى تقوم بدور مهم فى الحياة الاجتماعية بشكل عام. وعلى سبيل المثال، فإن ارتفاع مستوى الاهتمام بالألعاب الرياضية بين أفراد مجتمعنا، وما يبدونه من حماس نحو ألعاب كرة القدم - مثلاً - يقوم بدور فعال فى زيادة حماس اللاعبين أنفسهم، ويشد كثيرًا من أفراد المجتمع نحو هذا المجال. وبالقدر نفسه تولى المجتمعات المتقدمة اهتمامها للإنجاز العلمى والنجاح الأكاديمى، فتقيم الجوائز التشجيعية، والمنح الدراسية، وتسترشد بآراء مثقفيها، وتوجه نحوهم الأضواء، وهى بالتالى تشجع الروح العلمية وتجتذب اهتمام كثير من الشباب الصغار نحو هذا المجال. تُرى كيف يمكن أن يكون حالنا لو أننا قدمنا من التدعيم الاجتماعى لمجالات الفكر والثقافة والعلم نصف ما نقدمه للمجالات الأخرى؟

وفى المجال العلاجى رأينا نموذجًا لاستخدام الاهتمام والتشجيع فى حالة الطفل الأبكم عندما كانت تصدر منه مظاهر من النشاط اللفظى أو اللغوى. ويلعب المعالج (كمدعم اجتماعى) فى جلسات العلاج النفسى دورًا مهمًا فى تأكيد جوانب السلوك التكيفى وإبرازها، مثال هذا أن يقوم بتشجيع شيوع الأفكار المنطقية المعقولة فى المرضى العقليين بشتى أنواع التشجيع والتحبيذ وإبداء الاهتمام كما فى المثالى الآتى:

المريض: (هو مريض عقلى فصامى، مضطرب التفكير): إننى لا أعرف فى الحقيقه مشاعرى نحو والدىَّ.. نعم أنا أعرف أنهما يحباننى ويهتمان بى.. ويبديان اهتمامهما بى فى كثير من المواقف، لقد تلقيت منهما هدية لطيفة فى الأسبوع الماضى.

المعالج: (**يشعر بأن المريض هنا يقدم تعليقًا اجتماعيًا صحيًا وملائمًا، يقف ويوجه كل اهتمامه للمريض، ويبتسم برقه وتشجيع**): جميل معنى هذا أنك تريد أن تقول بأن: «والدىَّ يحباننى بدليل أنهما يبديان اهتمامها بى وبرعايتى».

المريض: هذا صحيح. لكن هناك شيئًا يحيرنى يا دكتور ، لماذا يأمر والدى العمال بأن يضعوا أدوات الترفيه فى وسط الطريق.

المعالج: (**يشعر بأن المريض قد عاد لاضطرابه الفكرى غير المنطقى، يسعل بدون اهتمام، يشيح بنظره بعيداً نحو النافذة ويغير موضوع الحديث**): كيف قضيت إجازتك فى الأسبوع الماضى؟

ولأن المعتقد أن التدعيم الاجتماعى بالانتباه والمدح والتحبيذ يلعب دورًا مهمًا فى شيوع أنماط السلوك المحورى أو المرغوب؛ فإن هناك بعض الباحثين ممن يرون بأن التدعيم الاجتماعى عندما يكون مصحوبًا بمدعمات ملموسة (مكافأة مادية مثلاً) بطريقة منظمة تزداد آثاره التدعيمية أكثر مما لو قدم وحده. ومع ذلك فإن هناك من يرى أن التدعيم الاجتماعى القائم على المدح والتحبيذ يعتبر ـ فى حد ذاته ـ ذا أثر فعال بالنسبة إلى كثير من المرضى حتى دون أن يكون مصحوبًا بمدعمات مادية أخرى، وأنه عندما يستخدم بعناية يمكن أن يؤدى وحده إلى تغيرات محسوسة فى السلوك المرضى. وخير مثال على ذلك حالة المريض الفصامى (السيد س) التى عرضنا لها فى الصفحات السابقة، والتى تصور لنا الإمكانات المختلفة التى يمكن أن يتطور إليها السلوك عندما نولى اهتمامنا للسلوك المرغوب ونتجاهل السلوك غير المرغوب.

كذلك تبين أن تجاهل السلوك المرضى بين الفصاميين قد أدى إلى تعديلات ملحوظة فى جوانب الاضطراب التى تظهر منهم*. فقد ثبت فى إحدى الدراسات[٨٦، ٩١] وجود تغيرات ملموسة، وتناقص ملحوظ فى نسبة الهلاوس (السمعية والبصرية) والتفكير غير المنطقى والمفكك فى مريض فصامى نتيجة لمجرد الابتعاد عن المريض عندما تحدث مثل هذه الأنماط السلوكية (الهواجس

والتفكك فى التفكير)، والاقتراب منه مع الاهتمام والحماس عندما يتحدث بطريقة مرغوبة (خلو من الهلاوس وبقدر مرتفع من التماسك).

وفى حالة أخرى لمريض فصامى، عزف عن تناول الطعام فى المستشفى (دون سبب واضح) حتى أُصيب بهزال شديد، وتناقص وزنه إلى أن أصبح فى وقت ممارسة العلاج لا يزيد على ثمانيه وخمسين رطلاً (ما يقرب من ستة وعشرين كيلوجرام)، استطاع المعالج باستخدام أسلوب الاهتمام عندما يتجه المريض للطعام، والتجاهل عندما يعزف عنه أن يساعد المريض على تكوين عادات غذائية سليمة فيما لا يزيد على خمسة أيام(٦٨).

كما استخدم أسلوب المدح فى محاولة ناجحة لزيادة تدعيم الوعى بالعلاقات الشخصية والاجتماعية وتدريبها بين مجموعة من المرضى العقليين، بمجرد تعليم المرضى بأسماء المرضى الآخرين والأشخاص الأخرين فى البيئة(٨٦).

ويستخدم التدعيم الاجتماعى واللفظى فى علاج عيوب الكلام التى تنتج بسبب عوامل اجتماعية سيئة، وذلك بالتقليل من تلك العوامل الاجتماعية أو التخلص منها مع تكوين أنماط صحية جديدة من العلاقات الاجتماعية تساعد على اختفاء عيوب الكلام.

ويستخدم أسلوب التجاهل بنفس النجاح فى تعديل المشكلات التى يبديها الأطفال كالبكاء والعناد والتدريب على الإخراج والعدوان وغير ذلك انظر ١٥. لقد أمكن - على سبيل المثال - إيقاف طفل فى الرابعة من عمره فى مدرسة للحضانة من نوبات بكاء مستمره وصراخ دون سبب واضح بمجرد تجاهله عندما يبكى وإبداء الاهتمام والرعاية به عندما يتوقف عن ذلك، وذلك فى فترة لاتزيد على خمسة عشرة يومًا. ويعلق المعالج السلوكى الذى قام بعلاج هذا الطفل على ذلك فى العبارة الآتية:

«لقد لاحظنا الطفل لأيام متعددة عندما طلب منا مساعدة المشرفين على دار للحضانة فى إيقاف بكائه وعويله المستمر دوى سبب واضح. وفى طوال الفترات التى لاحظنا فيها الطفل قمنا بتسجيل عدد نوبات البكاء فى كل يوم، فتبين أن ثمانى نوبات من البكاء فى المتوسط تحدث فى كل صباح فى الفترة الممتدة من

الثامنه حتى الثانيه عشر ظهرًا. واكتشفنا أثناء ملاحظتنا أيضًا أن نوبات البكاء والصراخ التى كانت تتملك الطفل كانت تشد اهتمام المدرسين مباشرة فيُهرعون له محاولين إسكاته وملاطفته حتى يتوقف عن البكاء».

«لقد أمكن باستخدام التدعيم الإيجابى عندما يندمج الطفل فى نشاطه العادى والتجاهل عندما يبكى أن تتوقف نوبات بكاء الطفل تمامًا فى خمسة عشر يومًا. لقد توقف الطفل عن إبداء أية مشكلات نتيجه لهذا الأسلوب البسيط»(٥).

والحقيقه أن استخدام أسلوب التدعيم مع مشكلات الأطفال يتم بنجاح كبير، فيما تثبت غالبية البحوث المنشورة عن هذا الموضوع. ويبدو أن السبب الأساسى فى هذا يرجع إلى سهولة ضبط البيئة المحيطة بالطفل أثناء العلاج. لكن المشكلة التى تواجه المعالج السلوكى تتركز ـ أساسًا ـ فى المنزل. ذلك أنه، يجب أن تكون البيئة المنزلية متفهمة لأساليب العلاج السلوكى وأساسياته النظرية حتى يتم فى المنزل تعميم التغيرات الملحوظة فى العيادة، وبالتالى فى العالم الخارجى.

لهذا يولى المعالجون اهتمامًا ملحوظًا لتدريب الآباء أو المشرفين فى المؤسسات على المبادئ الأساسية لتعديل السلوك. وهنا من المهم أن نشير إلى أن كثيرًا من الآباء يُعتبرون مسئولين مسئولية رئيسية عن ظهور المشكلات السلوكية لدى أطفالهم لعجزهم عن ضبط هذه المشكلات بأساليب آلية بسيطة كالتدعيم. ولهذا يلجأ المعالجون إلى تعليم الآباء والمشرفين المبادئ الرئيسية العلمية لتعديل السلوك فى لغة بسيطة، ويضمنون توجيهاتهم شرحًا بسيطًا لبعض تجارب التعلم بالمكافأة والإثابة، والتماثل بين الإنسان والحيوان فى كثير من المحدِّادت البيئية للاستجابة، كذلك يوضحون لهم أنهم، (أى الآباء) مسئولون عن تكوين هذه المشكلات من خلال أنماط التدعيم الخاطئة التى يكشفونها للطفل عندما يظهر منه سلوك غير مرغوب.

ولتدريب الآباء والموجهين تدريبًا فعالاً على استخدام التدعيم، تستخدم بعض المراكز للعلاج النفسى فى الولايات المتحدة الأمريكية حجرات ملاحظة تسمح للمعالج بمشاهدة كيفية التعامل بين الآباء والأبناء. وتصنع هذه الحجرات المزودة بمزايا بحيث إنها تسمح لمن هو خارجها (المعالج) أن يشاهد ما يدور بداخلها،

بينما لا يستطيع من بالداخل أن يرى المعالج الذى يلاحظ ما يدور (بين الأم والطفل مثلاً). والهدف من هذه الحجرات - فيما هو واضح - ملاحظة السلوك فى جو طبيعى غير مصطنع وبحيث لا يعرف الطفل أو الأطفال أن هناك مَنْ يلاحظ تصرفاتهم فى الخارج. وغالبًا ما تكون هذه الحجرات مزودة بسماعات لاسلكية، يمكن من خلالها أن يوجه المعالج تعليماته للأب أو الأم بشكل مباشر عندما تصدر منهم أنماط خاطئة من السلوك، مقترحًا عليهم استخدام أنماط جديدة من الاستجابات. والمثال التالى يوضح لنا كيف يتم ذلك فى حاله أم تشكو من كثرة بكاء طفلها، ونشاطه العشوائى.

«الأم فى داخل الحجرة الزجاجية تقرأ فى الجريدة الصباحية، بينما ابنها ذو الربيع الخامس يلعب على بعد متر منها ببعض المكعبات. جاءت الأم بالطفل لمركز العلاج النفسى لعجزها عن تعديل بعض المشكلات التى أخذ يثيرها الطفل منذ عامين: فهو كثير البكاء، ولا يكف عن النشاط العشوائى والحركات الزائدة؛ مما سبب للأسرة كثيرًا من التعاسة. المعالج السلوكى خارج الحجرة يشاهد ما يدور بداخلها. ويحدث عندئذ الحوار الآتى:

الأم: (داخل الحجرة): إننى أحب هذا البناء الذى أقمته بهذه المكعبات.

الطفل: (يهد البناء بغضب): لكنه لا يعجبنى إطلاقًا.

الأم: جائز.

الطفل: (ينخرط فى نوبة بكاء ونهنهة): لماذا قلت إنه يعجبك؟ لماذا؟

الأم: (توشك على الاستجابة عندما يتحدث لها المعالج من خلال السماعات اللاسلكية المثبتة بأذنيها بحيث لا يراها الطفل).

المعالج (متدخلاً): لا تستجيبى لبكائه، استمرى فى قراءاتك.

الطفل (يرتفع بكاؤه وعويله): أنت لماذا لا تجيبين؟

الأم: (تبعد الجريدة. توشك أن تستجيب لبكائه).

المعالج: (من خلال الميكرفون) لا تهتمى. استمرى فى التجاهل والقراءة. رجائى أن تتجاهلى الآن هذا البكاء مهما بدا لك هذا صعبًا. دعينا نرى ماذا يحدث بعد ذلك.

الطفل: يعود لمكعباته يستأنف اللعب بها بهدوء. بعد لحظات قليلة يقوم: «مامى، هل يمكنك أن تساعدينى فى بناء هذا الجزء من المكعبات».

المعالج (للأم من خلال السماعة اللاسلكية): الآن يمكنك أن تساعديه وأن تبدى له اهتمامك لأنه لا يبكى.

الأم (تتجه نحو الطفل)، بكل سرور يا حبيبى طالما أنك تطلب معونتى دون بكاء. وبطريقة لطيفة.

المعالج: (للأم) هذه استجابة جيدة».

فى هذا المثال السابق يتضح لنا أن مجرد مخاطبة الأم مباشرة يساعد على توضيح معنى التدعيم، ويبين لها بصورة محسوسة كيف أن طرق تفاعلها السابقة لا تصلح لمعالجة السلوك غير المرغوب. كذلك يبين لنا أن المعالج يدعم بدوره الاستجابات الملائمة كما تصدر عن الأم، ويصحح لها الاستجابة الخاطئة. وفى حالات كثيرة عندما يعجز الآباء أو المشرفون على الأطفال عن التقاط السلوك الملائم، قد يتجه المعالج بنفسه لداخل الحجرة الزجاجية وتنتقل الأم لخارجها حتى تشاهد كيف يتعامل المعالج مع الشخص صاحب المشكلة، ويسمى هذا تعديل السلوك من خلال الاقتداء ومحاكاة الطرق السليمة فى التصرفات.

وعلى العموم، فإن التدعيم الاجتماعى يُعتبر عنصرًا قويًا من عناصر التغيير فى سلوك المرضى النفسيين والعقليين، فضلاً عن المتخلفين عقليًا. لكن هذا لا يمنع من التحذير من نقاط معينة سنتحدث عنها عند الحديث عن المشكلات العملية والخلقية التى يثيرها استخدام التدعيم فى الوقت الحالى.

متى يكون التدعيم فعالاً و مؤديًا للنتيجة المرغوبة؟

والآن وعلى الرغم من ضرورة التدعيم لاحداث التعلم والتغير، فقد لا يكون أحيانًا فعالاً. فقد ينشط أحد الأطفال فى الظهور بمظهر جيد إذا ما وعدته بقطعة نقدية، بينما لا يؤثر ذلك فى سلوك طفل آخر. والطفل نفسه قد تختلف

استجابته لنفس المدعم من وقت إلى آخر. فقد يتوقف عن البكاء إذا قدمت له قطعة من الحلوى، لكنه لا يفعل ذلك فى موقف آخر لا يكون فيه جائعًا أو محتاجًا لهذه القطعة. ويدل هذا على أن التدعيم لكى يكون فعالاً يجب أن تتوافر فيه بعض الخصائص.

فالشىء المستخدم كتدعيم يجب أن يكون محبوبًا ومرغوبًا من الشخص، أى يجب أن تكون له قيمه ما عند الشخص. وهذه القيمة هى التى ستحدد ما إذا كان الشخص سيبذل جهده للحصول على الشىء. فبعض الناس (بخاصة الأطفال وضعاف العقول) يبذلون أعظم الجهد فى مقابل المأكولات والحلوى، وبعضهم يفضل تقدير الآخرين. وبعضهم يفضل كلمات مديح بسيطة، وبعضهم يفضل المركز الاجتماعى والبعض يفضل الاندماج فى نشاط اجتماعى بنَّاء. وفى حالات متعددة يصل التدعيم لدرجة مجردة كما فى حاله الفنان المبدع الذى يسعده أن يجد تقديرًا لفنه أو أن يجد أن عمله قد أحدث بعض التغيير فى بيئته. يتطلب هذا ـ إذًا ـ أن يكون التدعيم موجهًا ومرتبطًا بالفروق الفردية.

وتثير النقطة السابقة سؤالاً أكثر عمقًا ويتعلق بالسبب الذى تختلف فيه المدعمات من شخص إلى آخر. لماذا يفضل بعض الأطفال الحلوى، بينما يفضل البعض الآخر قطعه نقدية، أو لعبة؟ وبين البالغين، لماذا يكون المال هو المدعم الرئيسى بينما يكون المركز الاجتماعى أو الشهرة هو المدعم لدى البعض الآخر؟ يمكن القول ـ بشكل عام ـ إن الخصائص التدعيمية للأشياء تختلف من شخص إلى آخر بسبب احتياجات هذا الشخص، وبحسب ظروفه الاجتماعية السابقة. ومن الشائق أن نشير إلى بعض التجارب التى بينت أن نتائج التدعيم تتفاوت بتفاوت الطبقه الاجتماعيه للشخص، من هذا دراسة أجراها بريماك Pre-maek(**) على أطفال من الطبقات المتوسطة بينت أن إعطاء قطعة من الحلوى لا يؤدى إلى تدعيم السلوك المرغوب كالاستمرار فى أداء لعبة معينة، بل على العكس تبين له أن اللعب بلعبة معينة هو الذى يقوم بدور المدعم لتناول قطعة من الحلوى. ويختلف هذا الاتجاه فى أطفال الطبقات الفقيرة، حيث تبين له أن قطعة الحلوى تقوم بدور تدعيمى للاستمرار فى اللعب (الأرجحة). بعباره أخرى، فإن

تعديل سلوك الأطفال فى الطبقات المتوسطة يجب أن يتخذ سياسة تدعيمية تختلف عن تدعيم الأطفال فى الطبقات الفقيرة.

ومن العوامل التى تسهم فى فاعلية التدعيم سرعة تقديم التدعيم أو ما يسمى بالتدعيم الفورى إثر الاستجابة أو السلوك المرغوب. ذلك لأن الشخص يتعلم السلوك فى وقت إعطائه التدعيم، فإذا تأخر التدعيم عن ذلك فقد يفقد دلالته، لأنه قد يأتى فور الانغماس فى شكل سلوكى آخر غير السلوك الذى ترغب فى حدوثه. لنفرض أننا طلبنا من طفل شديد الحركة وعنيفها أن يهدأ فى مقابل مدعم معين (قطعة حلوى مثلاً) فجلس بهدوء وتأخرنا فى إعطاء التدعيم للحظة، فبدأ الطفل يعبث فى قطعة أثاث مجاورة، وأعطيناه التدعيم أثناء هذا، فإن أثر التدعيم قد ينصرف على هذا الفعل الأخير. ونظرًا لأن الطفل يتعلم السلوك الحادث فى وقت إعطائه التدعيم فقد لا يتعلم العمل المطلوب (هو الهدوء)، بل يتعلم السلوك الذى حدث أثناء تقديم المدعم وهو العبث فى قطع الأثاث المجاورة.

ويصور الروائى التشيكى «فرانز كافكا» حالة طريفة مماثلة تبين ذلك بوضوح. فقد كان هناك كلب - يعيش فى حظيرة محاطة بسور مرتفع - يتبول ذات يوم عندما ألقيت - بالصدفة - عظمة من فوق السور. فاعتقد الكلب أن تبوله قد جعل العظمه تظهر، فكان بعد ذلك كلما أراد شيئًا ليأكله يرفع رجليه.مما يدل على أن السلوك قد يحدث بسبب إدراك العلاقات السببيه بين الأحداث التى تقع فى وقت واحد، حتى ولو كانت لا ترتبط منطقيًا(٢٩). ويعزز هذا ضروره أن يكون التدعيم فوريًا حتى يرتبط بموضوعه.

لكن من المستحيل أحيانًا أن نقدم التدعيم الفورى دائمًا، بخاصة إذا ما كان من طبيعة مادية كالطعام أو شراب أو لعبة. لهذا يمكن سد هذه الثغرة بإعطاء وعد بالتدعيم (مع تنفيذ ذلك فيما بعد)، أو بتدعيم لفظى أو وجدانى فورى، فالربت على الظهر، أو العناق، أو كلمة تشجيع قد تفى بالغرض.

كما تتوقف فاعلية التدعيم على طول المدة التى مرت على الشخص وهو

يتلقاه، فتقديم السجائر فى حاله المريض (س) كان يمكن أن لا تكون مفيدة لو أنه استطاع خلسة وبوسائله الخاصة أو من خلال زيارات الأقارب أن يحصل كل يوم على ثلاث علب سجائر مثلاً، وهكذا فتمنية طفل بقطعة حلوى لا تكون مثيرة له إثر أكل قطعة كبيرة من الجاتوه. والمرء الذى يُحرم من شىء يتشوق لهذا الشىء اكثر من غيره. ولهذا نستطيع أن نجعل التدعيم أكثر فاعلية أو قوة بإبعاد الشىء المدعم قبل البدء فى عملية علاج أو تعديل سلوكى معين. ولأمر ما يسىء رجال السياسة المحترفون استخدام فرض الحرمان عن طريق تحجيب بعض الخدمات المتاحة للمواطنين، ثم يبيحونها من جديد حتى تبدو وكأنها منحة وإصلاح مقدم لمواطنيهم. لهذا سنخصص فى نهاية الفصل كلمة عن الاعتبارات الخلقية فى استخدام التدعيم.

وتدعيم الاستجابه أو السلوك المرغوب بين الحين والآخر ـ ويسمى بالتدعيم المتقطع ـ أكثر فاعلية من التدعيم المستمر الذى يتم بتدعيم الاستجابة فى كل مرة تحدث فيها. وتبين تجارب «سكينر» فى هذا الصدد أن السلوك الذى يكتسب بفعل التدعيم المتقطع يكون استمراره أكثر من السلوك الذى يكتسب بفعل التدعيم المستمر. وعلى سبيل المثال، كان «سكينر» يقوم فى إحدى تجاربه على الحيوانات بعملية تدعيم مستمرة لبعض الاستجابات بتقديم الطعام فورًا (تدعيم مستمر) وفى كل مرة ينجح فيها الحيوان بالضغط على مزلاج (أو أية استجابة أخرى يحددها المجرب). ويقارن ذلك بحيوان آخر يتم تدعيم الاستجابة نفسها لديه، وهى الضغط على المزلاج الذى يؤدى إلى ظهور الطعام بين الحين والآخر، فلاحظ تفاوتًا شديدًا بين الحيوانين. ففى الحالة الأولى يستمر الحيوان فى إظهار الاستجابة بعد اختفاء التدعيم (الاستمرار فى الضغط على المزلاج دون إعطاء الطعام) لثلاثمائة مرة يتوقف بعدها عن الضغط على المزلاج. أما فى حالة الحيوان الآخر الذى اكتسب هذا السلوك بفعل التدعيم المتقطع فقد استمر الحيوان فى إظهار الاستجابه لستة آلاف مرة قبل أن يتوقف، وهو عدد أطول بكثير من عدد المرات فى حالة الحيوان الذى تدعمت لديه الاستجابة بفعل التدعيم المستمر. وكذلك الأمر بالنسبة إلى السلوك البشرى الذى نرغب فى

إكسابه الآخرين أو اكتسابه بالنسبة إلينا نحن. فتعليم الطفل ـ مثلاً ـ لبس ملابسه بفعل التدعيم المتقطع، المدح بين الحين والآخر كلما نجح فى لبس حذائه مثلاً، يؤدى إلى اكتساب المهمة الجديدة بطريقة أسرع وأفضل مما لو كنا نسرف فى إعطاء التدعيم بصورة مستمرة.

ولا يتعارض التدعيم المتقطع مع فكرة التدعيم الفورى التى أشرنا لها. فقد يكون التدعيم متقطعًا وفوريًا فى نفس الآن، بل إن من الواجب كذلك إذا ما كنا نصبو إلى جعل التدعيم قوى الفاعلية.

مشكلات يثيرها استخدام التدعيم
فى تعديل السلوك البشرى

الآن وقد عرفنا معنى التدعيم وأساليبه، والعوامل التى تؤدى إلى فاعليته، أصبح الطريق ممهدًا للحديث عن بعض المشكلات التى يثيرها استخدام هذا الأسلوب بالنسبة إلى إخصائى العلاج بالتدعيم وبالنسبه إلى الرأى العام أيضا.

فمن ناحية، نجد أن المعالجين السلوكيين فى الفترات المبكرة من اكتشاف نظرية «سكينر» كانوا يبدون اهتمامهم بتدعيم السلوك المرغوب، وتجاهل السلوك غير المرغوب بشتى الوسائل التى عرضنا لها فى الصفحات السابقة من هذا الفصل، وذلك دون النظر إلى طبيعة السلوك الذى يقومون بتدعيمه. وقد أدى ذلك إلى الإهمال التام لإمكانية أن يكون السلوك نتيجة لشروط سابقة، أو ربما يكون المريض قد قام بهذا السلوك بطريقة متعمدة. وفى مثل هاتين الحالتين يصعب أن يؤدى التجاهل إلى إزالة هذا السلوك، بل على العكس قد يؤدى إلى مزيد من الاستجابات السلبية. افرض أن مريضًا فصاميًا قد أُعطى عقَّارًا لتهدئته فأصيب بعد هذا ونتيجة للدواء بمظاهر سلوكية منها التبلد والميل للنوم والتقاعس. إن تعديل هذه الأنماط السلوكية دون التوقف عن إعطاء الدواء قد يؤدى إلى نتائج سيئة تمامًا. وبالمثل، فإن الاهتمام بأشكال السلوك الشاذة التى تظهر لدى شخص يحاول أن يدعى المرض للحصول على مكاسب ثانوية لن يؤدى إلى تناقص فى أنماط السلوك الشاذة، بل قد يؤدى إلى زيادتها وتدعيم السلبى

منها أكثر فأكثر. لهذا فيجب على من يقوم بالتدعيم، سواء أكان معالجًا أو شخصًا عاديًا أن يهتم بخلفية الاضطراب السلوكى والاهتمام بالشروط السابقة على ظهوره.

أضف إلى هذا مسألة الفروق الفردية فى القابلية للتغيير فى هذا الاتجاه أو ذاك نتيجة للتدعيم الاجتماعى. فالتدعيم الاجتماعى بالمدح ـ مثلاً ـ قد يؤدى إلى نتائج سلبية مع بعض المرضى خصوصًا المصابين بالبارانويا وبعض حالات الهستيريا، لأن لفت الانتباه هو ما يصبو إليه هؤلاء المرضى، وهو عينه ما نقدمه لهم فى أية خطة علاجية تقوم على التدعيم. ويتحسن أداء بعض المرضى ويزداد إذا ما استخدمنا معهم التدعيم السلبى (التجاهل) أو النقد. لهذا فيجب أن نراعى الفروق الفردية هذه عند التفكير فى التخطيط لأى برنامج من التدعيم.

قضية أخرى يواجهها المعالجون بالتدعيم، وتتمثل فى مدى تعميم ظهور الاستجابة المرغوبة فى مواقف الحياة الأخرى بعد تفحصها فى العيادة، أو فى مركز العلاج النفسى. خذ مثلاً حالة طفل مصاب باللجلجة وعسر الكلام، فاستطاع المعالج الملم بقواعد التدعيم والعلاج السلوكى أن يساعد الطفل بالتدريج على التخلص من السلوك غير المرغوب (اللجلجة) وتدعيم أنماط جديدة من الطلاقة ويسر التعبير. الواضح أن المعالج حتى هذه اللحظة قد نجح فى إحداث سلسلة من الاستجابات المرغوبة، وهى الطلاقة فى التعبير والتخلص من التهتهة، لكن كل ذلك تم إما فى عيادة المعالج، أو فى مركز العلاج النفسى. والسؤال الآن: ماذا يحدث لهذا السلوك، إذا ظل الأصدقاء القدامى، والمدرسة كما هم بنفس أنماطهم القديمة فى التعامل معه. هل ستستمر استجابته السوية وتتطور كما كان متوقعًا لها؟ أم أن الظروف الاجتماعية الأصلية التى ساعدت على ظهور اللجلجة ستكف السلوك السوى، وتخلق «اللجلجة» من جديد؟ بعبارة أخرى، فإن نجاح العلاج يجب أن يتبعه اهتمام بما يأتى:

١ ـ تعميم أنماط السلوك السوى واستمراره فى النمو والتطور فى مواقف خارجية، لأن هذا هو محك العلاج: الفاعلية لا فى حجرة العلاج النفسى، بل

الاستمرار فى الفاعلية خارجها، ومع أشخاص آخرين، وفى مواقف اجتماعية أشمل وأكثر تركيبًا.

٢ ـ تأكيد السلوك السوى الجديد، وذلك بأن نضمن استمراره فى وجه الخبرات الجديدة التى قد يكون من شأنها كف المريض وإرغامه على العودة للحالة السابقة.

ونتيجة لهذا اقترح "جولد فرايد"(٦٦) شروطًا تساعد على استمرار النتائج الإيجابية للتدعيم، منها: أن يكون الموقف العلاجى مشابهًا ـ إلى حد بعيد ـ للبيئة الطبيعية الاجتماعية التى تحيط بالمضطرب. وبهذا سيسهل على الشخص أن يعمم استجاباته السوية للبيئة وبيسر وسهولة. ولهذا فمن الأفضل أن تتم إجراءات تعديل السلوك فى البيئة نفسها. ويبدو أن هذا الاقتراح يكمن وراء حركة العلاج الأسرى التى أخذت تجتاح العالم فى الحقبتين الأخيرتين؛ حيث ينتقل المعالج (أو المعالجة) لأسرة المريض لفترات تتراوح من ٢٤ ساعة إلى أسبوع لكى يلاحظ ـ أو تلاحظ ـ أنماط التفاعل فى داخل الأسرة نفسها وموجهًا نصائحه على هذا الأساس. وبهذا لا يقوم المعالج بتعديل سلوك المريض وحده، بل بتعديل سلوك كل من يحيطون بالمريض، أو بالأحرى فإنه لا يقوم وحدة بعملية العلاج، بل يحول البيئة المحيطة كلها إلى بيئة علاجية صالحة لتقبل الجيد وتطويره(***).

كذلك من الأفضل تدعيم الاستجابات الجيدة الجديدة بأكبر قدر ممكن حتى تصبح متماسكة وقوية، وقادرة على مواجهة الصعوبات، والخبرات الاجتماعية السيئة. فالشخص الذى أمكن له أن يتعلم أساليب الثقة بالنفس وتأكيد الذات، قد يواجه فى البداية بعض الشراسة من زملاء أو رؤساء العمل، إما لأن تعلُّمه للسلوك الجديد لم يصبح جيدً بعد، أو لأن زملاء العمل ورؤساءه قد اعتادوا منه على شكل مختلف من التصرف أو لكلا السببين. ولتجنب الكف والعودة إلى النمط المرضى السابق، فإن الاستمرار فى تدعيم الاستجابات الجديدة سيمنحها قدرًا من القوة والتماسك ما يجعلها قادرة على مواجهة رياح التحدى. وعلينا هنا

ألا ننسى مبدأ رئيسيًا وهو النجاح يخلق نجاحًا أكبر، فالشخص الذى ينجح فى اكتساب شكل سلوكى جديد (تأكيد الذات، أو الطلاقة فى التعبير عن النفس)، سينجح فى اكتساب أشكال أخرى من السلوك لم تكن فى الأصل موضوعًا للعلاج. وهذه حقيقة تثبتها عشرات البحوث فى هذا الميدان البكر. فنحن الآن نعرف ـ على وجه اليقين ـ أن النجاح فى التخلص من سلوك سيئ (كاللجلجة) يصحبه نجاح مماثل فى سمات شخصية مثل انخفاض القلق العام، وزيادة الثقة بالنفس، والإيجابية.. إلخ(****) ومن شأن هذه النجاحات الثانوية أن تلعب دور المدعمات الإضافية الجديدة التى تزيد من قوة السلوك الجيد. وقد أمكن فى إحدى التجارب دراسة آثار التعميم فى أنماط سلوكية جديدة. فقد تبين أن النجاح فى تدعيم الاتجاهات الإيجابية نحو الطب والأطباء لدى مجموعة من الطالبات صحبه مزيد من الرغبة لديهن فى المساهمة فى التجارب الطبية، وفى أداء المقاييس الطبية (٩١) لأغراض البحث العلمى فى ميدان الطب. ونعلم من دراسات التفكير الإبداعى أن تدريب الأفراد على التخيل ونجاحهم فيه يصحبه ازدياد فى الثقه بالنفس، وبالسيطرة فى المواقف الاجتماعية. وهناك ما يؤيد أن هذه التغيرات تقوم بتشجيع وتدعيم الاستجابات التكيفية الجديدة التى أثارتها(٦،٥).

وفى حالات كثيرة قد يتعذر الوصول إلى مدعم مناسب لبعض الأشخاص إما لصعوبات عملية، أو لأن مدعمات هذا الشخص تصل لدرجة من التركيب بحيث يتعذر خلقها له. وتمثل تلك النقطة مشكلة يواجهها عالم العلاج النفسى الحديث. ومن رأى أحد العلماء أنه يمكن تحويل كثير من النشاطات والاستجابات التى تصدر عن الشخص إلى مدعمات مناسبة إذا ما ربطناها بدوافعه العامة. بعبارة أخرى فإن المدعم نسبى، ولا توجد مدعمات مطلقة. لهذا يلجأ المختصون فى إدارة المرضى العقليين فى المستشفيات النفسية بأمريكا إلى ضبط الجوانب المدمرة من سلوك مرضاهم بشىء مماثل. وعلى سبيل المثال، أمكن استخدام التوقف عن العدوان، وانتهاج سلوك عاقل فى التعامل مع الزملاء من المرضى الآخرين والأطباء كمدعم نتيجة لربطها ببعض الدوافع العامة لدى المرضى، مثل

الخروج من المستشفى فى نزهة أو المساهمة فى نشاط دينى أو اجتماعى فى داخل المستشفى، مشاهدة فيلم سينمائى..إلخ. ومرة أخرى يقوم رجال السياسة (بدافع الرغبة فى ضبط سلوك الناس) بأشياء من هذا القَبيل بأن يدعموا استجابات الخضوع والطاعة والحصول على تأييد المواطنين بربط هذه الاستجابات ببعض الاحتياجات والدوافع العامة السائدة لدى البشر، كتولِّى منصب جديد، أو خلق وظائف وكادرات وظيفية جديدة يشغلها من يبدون الطاعة لحكومتهم.

اعتبارات أخلاقية

وتقودنا هذه الاعتبارات إلى مشكلة أخلاقية تتعلق باستخدام التدعيم.. فالتدعيم فيما يرى القارئ قانون من قوانين الحياة ساعد العلم على اكتشافه وبلورته. والقانون ـ كأى قانون ـ قد يُستخدم بحكمة، كما قد يستخدم بطيش. إننا نعرف ـ مثلاً ـ أن قوانين انشطار الذرة يمكن أن تستخدم بحكمة فائقة اليوم فى أغراض سلمية وطيبة، ولكن نفس هذه القوانين استُخدمت فى إبادة عشرات الألوف من البشر فى «هيروشيما» و «نجازاكى» بطيش لم يسبق له مثيل فى تاريخ البشر.

كذلك الأمر فيما يتعلق بالتدعيم. فما عرضنا له حتى الآن فيما يتعلق باستخدام التدعيم أنما يشير إلى صورة مشرقة وإيجابية فى ضبط جوانب الهدم والتدمير الذاتى والاجتماعى فى سلوك البشر (العصابى والذهانى). وقد رأينا أن كل البحوث التى عرضنا لها تعطى ـ كليًا أو جزئيًا ـ نتائج إيجابية.. ولا شك فى أن هذا يدل على أن الإلمام بقواعد التدعيم يعطينا سلاحًا قويًا لمواجهة المشكلات السلوكية والاجتماعية. لكن السلاح فيما أشرنا تتوقف فاعليته دائمًا على من يحمله: فهو فى يد رجل البوليس حماية ودفاع وتحقيق للأمان (أو هكذا على الأقل يجب أن يكون)، لكنه فى يد قاطع طريق أو لص قوة للعدوان والتدمير. والحكومات تواجه هذا بسَن قوانين حيازة الأسلحة وتضع عقوبات قاسية لاستعمالاتها السيئة. وهذا نفسه ينطبق بصورة ما على العلاج السلوكى بالتدعيم (أو بغيره) ، لكن ما تسميه الحكومات بقوانين حيازة الأسلحة وإحرازها نسميه نحن بالاعتبارات الخُلُقية.

ولعل أول مبدأ خلقى للعلاج - السلوكى أو الفرويدى أو أى شكل آخر - ضرورة أن تكون قوانين تعديل السلوك والعلاج موجهة - أساسًا - لخدمة المريض وبالتالى خدمة الآخرين. ويثير هذا الالتزام - الذى يجب أن يفوق أى التزام آخر للمعالج - مشكلة أخرى يواجهها إخصائيو العلاج فى المؤسسات الاجتماعية بشكل عام بما فيها المستشفيات، ومراكز العلاج، والسجون، ومؤسسات التخلف العقلى.. إلخ؛ بخاصة عندما تختلف - وكثيرًا ما تختلف - أهداف المؤسسة مع الأهداف الإنسانية التى يجب أن تتحقق للمرضى. افرض - على سبيل المثال - أن المؤسسة تقدم طعامًا قذرًا، ويسىء العاملون فيها استخدام المرضى.. فيثور مريض معين. فهل يوجه المعالج سلاحه نحو المريض فيعمل بشتى الوسائل على تهدئته وإغرائه لتقبل الوضع الكائن؟ أم يشجع لديه الاحتجاجات حتى يعود الإصلاح؟ على الرغم من أن الإجابة واضحة على الأقل من الناحية النظرية فى أن الالتزام الأول هو صحة المريض ورفاهيته؛ فإن التطبيق العملى، دائمًا ما تحيطه مشكلات. فما زالت مؤسسات العلاج النفسى هنا وفى الخارج تجنح ما بين الحين والآخر لاستخدام قوانين ضبط السلوك بطريقة تتعارض مع حقوق البشر وحقهم فى الشكوى والتعبير بإخضاعهم لأسوأ أنواع التشريط. أننا نشاهد كثيرًا هذه الأيام، جزءًا من ثورة الرأى العام والصحافة فى العالم إثر ما يكتُشف من تعذيب وعقاب للمرضى فى المستشفيات والسجون من ممارسة أساليب العقاب بحقن المساجين «بالأبومورفين» عندما تصدر منهم أية استجابات غير مرغوبة من وجهة نظر المؤسسة. وأسوأ ما فى هذه أن بعض من كانوا يساعدون على ذلك الأطباء النفسيون المشرفون أنفسهم.

وما يحدث فى مستشفيات التخلف العقلى لا يقل عن هذا سوءًا. فقد سمعت أخصائيًا نفسيًا إكلينيكيًا عربيًا يبدى تشجيعه وتقبله لصفع أحد المرضى بقوة وفور صدور بعض استجابات العدوان الذاتى التى كات تصدر عن هذا المريض بين الحين والآخر، كطريقة لتعديل هذا السلوك التدميرى. ويعتمد كثير من المصحات على العقاقير المهدئة، والجلسات الكهربائية وفى حبس المريض والاستخدام الإجبارى لأنواع معينة من العلاج. ومن المؤسف أن كثيرًا من هذه

الوسائل تموه وتبرز بصورة كما لو كانت علاجًا، بينما لا تعدو فى الحقيقة أكثر من كونها سبيلاً للسيطرة وفرض الانضباط على النزلاء «الوقحين»، والمتمردين، والعدوانيين من وجهة نظر العاملين.

فما المخرَج من هذا المأزق الأخلاقى؟ ليس بالطبع فى التخلى عن قوانين من العلاج تثبت فاعليتها فى توجيه السلوك البشرى يومًا بعد يوم.. وليس بالتخلى عن البحث العلمى فى هذه الموضوعات وإثراء العلم وقوانينه. وإنما يكمن الحل فيمن يستخدم هذه القوانين، وفى عالم القيم الذاتية والاجتماعية لهؤلاء الذين يقومون بتطبيق هذه القوانين.

ولا شك فى أن مزيدًا من حركات الإصلاح الاجتماعى الذى يجب أن يشمل نظام المستشفيات والمصحات العقلية سيتكفل فى حل كثير من أجزاء الأزمة. فلقد وصف واحد من علماء الاجتماع المتعمقين المستشفيات العقلية بأنها «مؤسسات كاملة»، وهو يعنى بذلك الإشارة إلى حقيقة مؤسفة تتعلق بأماكن يخضع فيها النشاط للتنظيم الشديد والرقابة والملاحظة الدائبة من قِبل الأجهزة الادارية المختلفة. وفى مثل هذه الظروف:

«تصبح حاجات الفرد ورغباته فى منزلة ثانوية، بينما تكون الأهمية الأولى لإدارة المستشفى إدارة تتميز بالسلاسة والخلو من المشكلات. أى أن شئون الفرد فى المستشفيات العقلية الكبيرة توضع فى منزلة ثانوية، بينما تأتى إدارة المرضى وضبط أمورهم فى المنزلة الأولى»(٢٤).

ولا شك أيضًا أنه لا بديل للمعالج السلوكى إلا بالتسلح بمزيد من الأخلاقيات المهنية. لكن مفهوم كلمة أخلاق يثير عددًا من المشكلات النظرية.. فالتفسيرات الأخلاقية غالبًا ما تُعالَج على أنها تفسيرات ذاتية دائمًا.. ولهذا فالأحرى أن نتكلم عن ضروره وجود مجموعة من الالتزامات الرئيسية التى تفرضها الممارسة المهنية، منها أولاً: عدم استخدام أى أسلوب علاجى إلا بموافقة الشخص وبرضائه، ومنها ثانيًا: أن يكون الهدف هو صالح المريض وتكامله. ومنها ما قاله الفيلسوف «كانط» فى عبارات بسيطة:

«لا تعامل كائنًا بشريًا آخر على أنه وسيلة لغاية من الغايات، بل انظر إليه دائمًا على أنه غايه فى ذاته ولذاته».

وتطبيق هذه الالتزامات ستحوطه دون شك مصاعب ومشكلات، ولكن أليست هذه مشكلة عامة نواجهها دائمًا عند التطبيق؟ ثم متى كانت المشكلات البشرية يسيرة الحل، وسهلة الصياغة؟

إن المعالج النفسى فيما أرى يُعتبر ـ بمعنى ما ـ حارسًا للقيم الإنسانية الأصيلة، ولحقوق الأفراد الإنسانية وداعية لإصلاح أجتماعى إذا ما هُددت تلك القيم، أو أُخضعت الكرامة الإنسانية للتشريعات المهينة.. وعائد عالم النفس من هذا لا يختلف فى كثير من الأحيان عن عائد أى حارس أخلاقى للمجتمع وعلى مر التاريخ: أن يُواجَه بالتشكك وربما بأشكال من الصراع المرير.

الخلاصة

تستجيب البيئة الاجتماعية لتصرفات الناس بأشكال مختلفة من التقبل أو الرفض . وإذا كانت استجابة البيئة بالتقبل فإن هذا يؤدى إلى تدعيم التصرف أو السلوك موضوع هذا التقبل. ويُطلق على الاستجابات التى تستجيب بها البيئة للتصرفات والأفعال الإنسانية مفهوم التدعيم. ويكون التدعيم البيئى إيجابيًا إذا أدى إلى زيادة فى شيوع السلوك السليم والسوى. ويكون سلبيًا إذا أدى إلى زيادة السلوك المضطرب والشاذ. فكما يدعم المجتمع أشكالاً جيدة من السلوك، قد يدعم أشكالاً شاذة ومضطربة.

وتقرر نظرية التدعيم أن الاضطراب بأنواعه المختلفة يحدث بسبب عمليات تدعيم سلبية للسلوك الشاذ. فالتدعيم الخاطئ بإظهار الانتباه وتلبية رغبات الأشخاص عند انغماسهم فى أشكال شاذة من السلوك أو مدمرة للذات أو المجتمع، سيؤدى ـ فى الغالب ـ إلى زيادة فى تلك الجوانب الشاذة وبالتالى سيزداد حظ الشخص من الاضطرابات والشذوذ. وتتدعم غالبية الاضطرابات المصاحبة للأمراض النفسية والعقلية ومشكلات الأطفال بهذا الشكل. فعناق الطفل عندما يبكى، والاستجابة لهلاوس الفصاميين على أنها علامة من علامات

الورع، والسكوت على عدوان الجانحين وتدميرهم للآخرين، وإظهار الإعجاب بسلوك الجانحين و التسلط العدوانى والمدمر بالآخرين، والإنصات للمكتئبين عندما يثرثرون عن أمراضهم الجسمية ومتاعبهم فى العمل والحياة، والنظر لتوتر القلقين على أنه علامة من علامات العبقرية والإبداع.. كل هذا وغيره يُعتبر مظهر من مظاهرًا التدعيم الاجتماعى السلبى (المقصود أو غير المقصود) للاضطرابات النفسية والاجتماعية المختلفة.

وقد عرضنا لنتائج من الدراسات التى تبين الإمكانات المتسعة التى يمكن أن يتطور لها البشر عندما نولى اهتمامنا لجوانب إيجابية من سلوكهم متجاهلين الجوانب السلبية منهم. وينطبق ذلك على حالات مختلفة كالفصاميين، وعيوب الكلام، والقلق، والانسحاب الاجتماعى. وقد أمكن حديثا(٩) استخدام أساليب التدعيم فى علاج حالات الاكتئاب. وكمثال على ذلك أنه أمكن علاج سيدة فى الخامسة والأربعين كانت تشكو من اكتئاب شديد، وذلك بتدريب أفراد أسرتها (زوجها وأبنائها) على تجاهل أحاديثها عندما كانت تنصب على الشكاوى البدنية، وتوهم الأمراض، والتعب، واليأس، والتهديد بالانتحار، (وهى الأعراض التى تصاحب ـ عادة ـ ظهور الاكتئاب)، مع إبداء الاهتمام والتشجيع عندما كانت السيدة تبدى أى مظهر من السلوك، أو النشاط، أو الحديث عن موضوعات إيجابية متفائلة، أو عندما كانت تقوم بأداء أعمالها المنزلية، والخروج لصديقاتها.. إلخ. وعندما توقف أفراد الأسرة عن ذلك عادت السيدة الى نفس حالتها الاكتئابية، ولكن سرعان ما تحسنت عندما عادت الخطة العلاجية واستمر تحسنها مطردًا بعد ذلك دو ن انتكاسات.

ولكى يكون التدعيم فعالا يجب أن تصحبه شروط منها:

إن يكون فوريا، وأن يكون موضوع التدعيم مرغوبًا من الشخص. والتدعيم المتقطع أفضل من التدعيم المستمر من حيث تأثيره فى السلوك الجديد المكتسب. كما يجب الاهتمام بالشروط المحيطة بالسلوك، وإلغاء الوظيفة والمكاسب الثانوية التى يؤدى إليها السلوك السيئ. ولكى نضمن استمرار الاستجابات الجيدة بعد

ظهورها بفعل التدعيم من الأفضل أن تنفذ خطة العلاج فى البيئة الطبيعية للشخص أو على الأقل فى بيئة مشابهة، كما أن إشراك المحيطين بالشخص (الأسرة أو الزملاء) وإعلامهم بخطة العلاج وأهدافها تؤدى إلى استمرار تطور السلوك السوى والصحة. وتدعيم سلوك جيد يصحبه تغيير إيجابى فى خصائص سلوكية أخرى. وتعتبر هذه التغيرات الجديدة من العوامل التى تساعد بدورها على استمرار ظهور الأنماط السلوكية الجديدة وثبوتها.

ولما كان التدعيم سلاحًا ذا حدين، يستخدم فى أغراض علاجية إنسانية كما قد يستخم فى أغراض لا إنسانية كالتلاعب بالبشر والتحكم اللا أخلاقى فى سلوكهم، فإن من الواجب الالتزام ببعض القواعد الخلقية، كضرورة الحصول على موافقة الشخص ورضائه فضلا عن أن يكون الهدف دائما هو دفع الشخص لمزيد من التكامل والارتقاء والفاعلية.

وتبين البحوث الحديثة مع هذا أن التدعيم لا يصلح وحده فى تفسير السبب فى أن شخصًا معينًا يستجيب للاكتئاب ـ مثلا ـ عند الافتقاد للتدعيم، بينما قد يستجب شخص آخر بالعدوان أو باللامبالاة. إذ لابد من دراسة أساليب الناس فى التفكير واتجاهاتهم نحو التدعيم..حتى يكون إلمامنا بقواعد تعديل السلوك متكاملاً علميًا وخلقيًا.

مراجع وتعليقات

* ـ للمزيد من استخدامات مبدأ التدعيم فى تعديل سلوك المرضى العقليين والفصاميين بشكل خاص انظر: ٨٦، ٩١.

** ـ للمزيد من تطبيقات مبدأ التدعيم فى علاج المشكلات السلوكية للأطفال أنظر العلاج السلوكى للطفل والمراهق (مرجع ١٥).

*** ـ للمزيد عن التدعيم وشروطة وتطبيقاته انظر: (٨، ١٦، ٦٨، ٨٠، ٨٩)

**** ـ للاطلاع على النتائج الإيجابية التى يؤدى لها النجاح من التخفف من الأعراض المرضية فى الشخصية انظر ما يكتبة «أيزنك» سواء فى بعض كتبه المترجمة للغه العربية، أو الكتب التى لم تُترجم. وقد سبق أن أشرنا فى الفصول السابقة إلى عدد منها. كذلك انظر: (٨٠، ٨٩).

الفصل الثامن

العقلانية أو تعديل أخطاء التفكير

تمهيد

تنبه الفلاسفة اليونانيون منذ القدم إلى أن الطريقة التى ندرك بها الأشياء وليس الأشياء نفسها هى التى تسم سلوكنا بالاضطراب أو السواء. وفى هذا الصدد يقول «أبيقورس»: «لا يضطرب الناس من الأشياء، ولكن من الآراء التى يحملونها عنها».

أما العلاج النفسى ـ السلوكى المعاصر، فيسلم أيضًا بأن كثيرًا من الاستجابات الوجدانية والسلوكية والاضطرابات تعتمد ـ إلى حد بعيد ـ على وجود معتقدات فكرية خاطئة يبينها الفرد عن نفسه وعن العالم المحيط به. ومن هنا ابتكر المعالجون النفسيون مفاهيم وآراء مختلفة عن قيمة العوامل الذهنية والفكرية فى الاضطراب النفسى. وتتفاوت هذه المفاهيم: فهى عند أدلر Adler تشير إلى «أسلوب الحياة» الذى يتبناه العصابى أو الذهانى(٣٢). وعند البعض الآخر تشير إلى أساليب الاعتقاد(١١٥)، ويستخدم البعض الثالث مفهوم «الفلسفة الشخصية» (٨٧). أما ألبرت أليس Ellis فيستخدم مفهوم «الدفع المتعقل». وعلى الرغم من الاختلافات الظاهرة فى هذه المفاهيم، فإن هذه الطائفة من الباحثين والمعالجين تتفق على أن الاضطرابات النفسية أو العقلية لا يمكن عزلها عن الطريقة التى يفكر بها المريض عن نفسه وعن العالم أو اتجاهاته نحو نفسه ونحو الآخرين . وأن العلاج النفسى بالتالى يجب أن يركز مباشرة على تغيير هذه العمليات الذهنية قبل أن نتوقع أى تغيير حاسم فى شخصية المريض، أو فى الأعراض التى دفعته لطلب العلاج.

لهذا يلاحظ أحد الباحثين فى العلاج النفسى أن «كل أشكال العلاج النفسى - بما فيها السلوكى - تعلم الناس أن يفكروا وأن يشعروا، وبالتالى أن يسلكوا بطريقة ملائمة مختلفة(٥٦)». ومن ثَم فإن نجاح العلاج النفسى، أو نجاح الشخص فى التغير الإيجابى يجب أن يكون مصحوبًا بتحسن فى طريقة تفكيره والتغير فيها.

كذلك فإن الدراسات الحديثة لعلماء النفس تبين أن تأثير كل أساليب العلاج تقريبًا بما فيها استخدام العقاقير(*) والأساليب الفسيولوجية تعتمد اعتمادًا حاسمًا فى تحقيق نجاحها - على عوامل معرفية، مثل: توقع مكاسب علاجية، والمعلومات التى يحصلها المريض عن مواقف الخوف، والقلق، الاكتئاب، والتدريب على ضبط الانتباه، واتجاه الشخص نحو المعالج، ونحو العلاج النفسى بشكل عام(٨٥). وهى كلها فيما يلاحظ القارئ عوامل تنتمى إلى أسلوب تفكير المريض، واتجاهاته العقلية.

غير أن من الضرورى أن نشير إلى أنه على الرغم من الاعتراف المتزايد فى الوقت الحاضر بدور العوامل المعرفية وأهمية تغيير أساليب التفكير فى العلاج النفسى - السلوكى فإن هذا الاعتراف جاء مؤخرًا، فلفترة قريبة لم يكن المعالج السلوكى يولى اهتمامًا يذكر لدور هذه العوامل معتبرًا إياها عوامل داخلية لا يمكن إخضاعها للملاحظة أو التعديل المنظم، وكان الاهتمام - فيما رأينا فى الفصل السابق - متجهًا إلى السلوك الظاهرى أو الأفعال الظاهرية المضطربة. فعلاج القلق - على سبيل المثال - كان مركزًا على تغيير الأفعال الظاهرة التى تبدو لدى الشخص القلق، كالرعشة، والإغماء، وخفقان القلب.. إلخ دون اهتمام بالأفكار التى يقولها المريض لنفسه، أو اتجاهاته نحو مواقف لا تستثير بطبيعتها هذا التوتر.

(*) نلاحظ أنه على الرغم من أن تأثير العقاقير الطبية ذو طابع فسيولوجى، فإن المريض يمكن إن كان غير راغب فى العلاج ولا يرى ضرورته أن يقوم بوسائل تقلل من تأثير هذه العقاقير أو تلغيها. وأبسط مثال على هذا ما نلاحظه فى مستشفيات الطب العقلى من أن المريض قد يبقى الأقراص العلاجية فى فمه دون أن يبتلعها، ويبصقها خفية ما دام اتجاهه نحو الطبيب المعالج أو العلاج سلبيًا. ويكشف الفيلم السينمائى الحاصل على جائزة الأوسكار «طائر فوق عش مجانين» جوانب من هذه الاتجاهات دون مبالغة.

ولفترة قريبة لم يكن «ولبى» ـ مثلاً ـ يرى أهمية ما للتأثير فى أساليب التفكير. فمن رأيه أن البدء فى تعديل السلوك أهم من التعديل فى طرق التفكير، لأن تعديل السلوك (سلوك الخائف، أو المتوتر مثلاً) يؤدى بعد ذلك إلى تعديل فى الظواهر الفكرية كالاستبصار، والتغير فى الاتجاهات والمعتقدات وليس العكس. ويدعى بأنه لم يعثر على تجربة واحدة تبين أن تغيير المسالك الذهنية والاستبصار يصحبهما تغيير فى السلوك الظاهرى. ونتيجة لهذا يرى بأن كل ما نحتاج إليه هو ابتكار طرق فعالة وحاسمة للتعديل من السلوك الظاهرى «غير السلوك، وستتغير معه أساليب التفكير». على أن الأمر لم يقبل من المعالجين والباحثين بهذه البساطة. فمنذ عام ١٩٦٥ عكف الباحثون فى العلاج النفسى على دراسات مكثفة لم تدع نتائجها مجالاً للشك فى أن المرض النفسى تصحبه اضطرابات فى طرق التفكير، وأن التغيير من هذه الطرق يصحبه تغيير فى التوافق والسلوك.

أما لماذا لم يجد «ولبى» حالة أدى فيها تغيير التفكير إلى تغيير فى السلوك؟ فلأنه كان ـ مثله فى ذلك مثل المعالجين السلوكيين فى الفترات المبكرة من تاريخ هذا المنهج ـ ينتقى الحالات المرضية التى يشكل فيها الاضطراب السلوكى محوراً لكل الأعراض الرئيسية.

ومن ثم نجح «لازاروس» فى علاج حالة ضعف جنسى لدى شاب فى السابعة والعشرين من عمره بعد أن فشل معالج سلوكى تقليدى مشهور معه؛ لأن «لازاروس» لم يجعل همه التعديل من الاضطراب السلوكى ذاته (وهو الضعف الجنسى)، بل ركز على طريقة تفكير المريض واتجاهه نحو الجنس عمومًا عندما كان يضاجع زوجته. فلقد كان المريض يتصور بأن العلاقه الجنسية الزوجية نوع من العبودية، وأن الإدمان الجنسى كالإدمان على المخدارت. إن من العبث إغراء المريض باستخدام طرق العلاج السلوكى التقليدية لعلاج الضعف الجسمى مباشرة (كالاسترخاء عند الاتصال الجنسى مثلاً) وهو يعتنق مثل هذه التصورات. إن من الضرورى أن نعدل منذ البداية اتجاهه نحو «الجنس» ونحو معتقداته الخاطئة عن العلاقات الزوجية. ولهذا أمكن بنجاح علاج هذا الشخص

فى أسابيع قليلة من المناقشة والإقناع ودحض أفكاره الخاطئة عن هذه الموضوعات (عن: ٩٢).

وكعاداتنا فى تناولنا لموضوعات هذا الكتاب ـ بخاصة ما يتعلق منها بمناهج العلاج، سنحاول فى الصفحات الآتية أن نبين بمختلف الأدلة أن تعديل المسالك الذهنية ضرورى لنجاح العملية العلاجية ولتغيير الشخصية، وأنه يؤثر تأثيرًا مباشرًا فى إثارة الاضطراب وفى إثارة الشفاء، كما سنعرض لجوانب التفكير التى تصاحب الأمراض النفسية وتلك التى تصاحب الصحة النفسية. وفى الجزء الأخير من هذا الفصل من هذا الكتاب سنكشف عن بعض الأساليب الفعالة فى تغيير السلوك الذهنى.

أدلة على أن أساليب التفكير فى الأمور وليست الأمور ذاتها

هى التى تحدث الاضطراب النفسى

أما الأدلة التى سأسوقها هنا للكشف عن أهمية أساليب تفكيرنا ـ طريقتنا فى الاعتقاد عن الأشياء وعن النفس ـ فى إثارة الاضطرابات النفسية والاجتماعية والعقلية فيعتمد بعضها على استقصاء للآراء النظرية الفلسفية، ويعتمد بعضها الآخر على النظريات العلمية، والبعض الثالث يعتمد على الأدلة التجريبية الحديثة.

أولاً: من الناحية الفلسفية أشرنا إلى الآراء الفلسفية للمدرسة الأبيقورية التى ترى بأننا نضطرب لا من الأشياء ولكن من آرائنا عنها. ولهذه المدرسة آراء أخرى تسهم فى الكشف عن قيمة تعديل المسالك الذهنية فى تحقيق السعادة والتواؤم مع النفس والبيئة. فالفلسفة الرواقية ترى مثلاً بأن ما لا يمكن تعديله يجب أن تقبله، أو تطرحه جانبًا فقد لا يقبل الفرد كثيرًا من وقائع الحياة التى لا أمل فى تغييرها أو إصلاحها (كوفاة قريب، أو وجود جوانب نقص فينا، عجزنا عن الكمال، اختلافنا عن الناس.. اختلاف الناس عنا.. إلخ) لكن الفرد بعدم تقبله لهذه الحقائق الحتمية يجعل نفسه مستهدفًا لكثير من ألوان التعاسة والاضطراب، بمعنى أنه إذا واجه مشكلة ما أو موقفًا حتميًا لا يملك تعديله، فإن

تبديده لطاقته فى التفكير فى هذه المشكلة لن يعود عليه بفائدة، بل سيؤدى فى النهاية إلى تضخيم توتره النفسى والانفعالى، منتهيًا به إلى مضاعفات من الشقاء أكبر بكثير من المشكلة أو الموقف ذاته. والحقيقة أن كثيرًا من مشكلات العصابيين وغيرهم تنتج بسبب الأوجاع والمحن التى تتملكهم فى التعامل دائمًا مع الأشياء المستحيلة. فالعصابى يبحث دائمًا عن المستحيل أو المتعذر متجاهلاً التعامل مع الممكن وتنميته. ويؤدى به هذا فى النهاية إلى الإجهاد النفسى، والشك فى إمكاناته وبالتالى التفكير فى البيئة على أنها مصدر للمتاعب والتهديد وإثارة المصاعب والتوترات.

وينظر بعض المعالجين لمبادئ الفلسفة الرواقية على أنها فلسفة للصحة النفسية والسعادة الخاصة. ولهذا بدأ طبيب نفسى سنة ١٩٥٠ محاولة لتوظيفها للعلاج النفسى(٩٧). وذلك بأن كان يسأل طالب العلاج أولاً أن يعرف أن اضطرابه يرجع إلى مبالغته الانفعالية فى الاستجابة للمواقف أو المواقف المثيرة للاضطراب، ثم يطلب من المريض بعد هذا أن يدحض هذا الميل المبالغ فيه بالاستجابة للبيئة من خلال الاقتناع الذاتى بأن الخطر ـ لو كان هناك خطر ـ لن يؤدى إلى نهايتنا. وفى رأى الطبيب هذا أن مبالغاتنا فى الاستجابة للبيئة تكون إما ناتجة عن تصور أن موقفًا خارجيًا أو شخصًا قد أخطأ فينا وأساء إلينا، وإما عن تصور بأننا أخطأنا فى حق شخص آخر... وكلتا الصورتين خاطئة من الوجهة المنطقية طالما أنه لا يوجد دليل على صحة أى منها(*).

كتب "برتراند راسل" فى سنة ١٩٣٠ كتابًا عن الطريق إلى السعادة (١١٦). يعرض فيه بعض الأفكار التى أسهمت فى حركة تعديل التفكير الحديثة. وكمثال على هذا يذكر «راسل» أن الإنسان قد يشعر بالراحة والخلاص والهدوء إذا ما حاول ـ عند الشعور بالخوف من شىء معين ـ أن يتخيل أسوأ النتائج وأن يركز الذهن فيها وأن يقنع نفسه بأن ليس فى هذا نهايته. كذلك يرى أن: «... من أسلم الطرق لمواجهة أى نوع من الخوف أن تفكر فيه بهدوء وبطريقة متعقلة، ولكن بتركيز شديد إلى أن يتحول إلى شىء مألوف لديك. وفى النهاية، فإن الأُلفة بالموضوع المخيف ستستأصل الشعور بالخوف».

وفى موقع آخر يقول عنه فؤاد زكريا[٢٠]:

«دائمًا ما يتحول الرأى العام بكل طغيانه نحو من يظهر خشيته منه، أما هؤلاء الذين لا يكترثون به فنادرًا ما يتحول الرأى العام ضدهم».

ومن الواضح أن «راسل» فى هذا يتبنى فلسفة للسعادة الإنسانية تستخلص أساسياتها من أن العقيدة تحكم السلوك، وأن التفكير فى أمور الحياة بطريقة منطقية ومتعقلة تصحبه أيضًا حياة وجدانية هادئة وخالية من الاضطراب - وسنرى فيما بعد أن بعضًا من مبادئ تعديل السلوك الذهنى تستخدم عملية تحليل نظرية مماثلة.

ثانيًا: ومن ناحية أخرى، هناك من التحليلات النظرية للنتائج الحديثة للعلاج النفسى ما يضيف تأييدًا على التأييدات الفلسفية السابقة بأن تعديل السلوك فى حالات الاضطرابات النفسية والعقلية يتم بسبب التغير فى العوامل الفكرية وفى الأساليب الذهنية للشخص. ويلاحظ أحد المعالجين المحدثين[٨] بأن كثيرًا من المعالجين السلوكيين يستخدمون - بوعى أو دون وعى - أساليب لعلاج مرضاهم وتعديل معتقداتهم واتجاهاتهم جنبًا إلى جنب مع مناهجهم السلوكية القائمة على عمليات التدعيم والتشريط. ويلاحظ مثلاً «كانفر» Kanfer من إلينوى Illinois بأن من بين الأنماط الثلاثة الرئيسية الحديثة فى العلاج، يوجد نمطان على الأقل يكتسبان فاعليتهما فى التأثير فى الشخصية بسبب عوامل ذات طابع ذهنى وفكرى. أما الأنماط الثلاثة التى يستخدمها المعالجون السلوكيون فى الوقت الراهن وفى ضوء تحليلات «كانفر»[٨٥] فهى:

١ - نمط العلاج من خلال تحريض المريض على إحداث التغير فى نفسه وفى بيئته، وذلك كأساليب تأكيد الذات التى سبقت الإشارة إليها. والمعالج بهذا المعنى ما هو إلا محرض على التغيير واتخاذ مواقف جديدة أكثر كفاءة فى مواجهة الحياة الاجتماعية.

٢ - نمط التشجيع فى القيام بالسلوك الملائم من خلال الاقتداء والمحاكاة والتكرار.

٣ ـ تدعيم وتعديل السلوك بالطريقة التى سبقت الإشارة إليها فى الفصل السابق. وفى هذه الأنماط الثلاثة لا يوجد فى الحقيقة إلا النمط الثالث الذى يمكن أن ينتمى إلى نظرية «سكينر» ونظرية التعلم بالمعنى التقليدى. أما النمط الأول فيتضمن العمل على تدعيم التغير فى اتجاهات المريض مع إقناعه وإغرائه بتغيير أنماطه الفكرية، ومن ثَم أساليبه فى التفاعل. ويتضمن النمط الثانى عوامل فكرية مماثلة إذ نعطى الشخص فرصة ملائمة لتقييم اضطراباته السلوكية، مع إعطائه بدائل سلوكية ملائمة وجديدة ودون تخوف من النتائج. وفى كلا النمطين الأول والثانى يوجد شكل من أشكال تعديل التفكير.

أضف إلى هذا أن النجاح فى بعض مناهج العلاج السلوكى ـ كما أشرنا فى فصول الكتاب السابقة ـ قد يؤدى إلى تغيرات ذهنية وفكرية. تناول ـ على سبيل المثال ـ أسلوب تأكيد الذات والتشجيع على الحرية الانفعالية. ماذا تجد فى هذا الأسلوب؟ تجد فى الحقيقة معالجًا نفسيًا يوجه مرضاه للدفاع عن حقوقهم الرئيسية من خلال التشجيع على تنمية الثقة بالنفس، تجد معالجًا يعلم مرضاه ما الذى يجب أن يقولوه ، وكيف يقولونه فى مواقف الإحباط والتأزم. بل إن «ولبى»، وهو المتشدد فى الاتجاه السلوكى يلاحظ أن بعض التغيرات تحدث فى سلوك مرضاه بعد نجاحهم فى تأكيد الذات، وتشمل هذه التغيرات طريقة تفكير المريض واتجاهاته العقلية. من هذه التغيرات التى لاحظها أن المريض يبدأ فى إدراك مبالغاته الانفعالية فى تقدير الأشياء، كما يدرك أن مخاوفه كانت تشويهًا للواقع، وبالتالى يبدأ المريض فى اعتناق أفكار وتصورات واتجاهات جديدة تتفق من حيث واقعيتها مع واقع الموقف.

تناول أسلوبًا سلوكيًا آخر كأسلوب التطمين التدريجى، ستلاحظ أيضًا أن العلاج يمر بمراحل ثلاث، هى:

١ ـ التدريب على الاسترخاء العميق.

٢ ـ تدريج الخوف والقلق.

٣ ـ تخيل مواقف الخوف موقفًا موقفًا مع الاسترخاء.

أى أن التخيل وحده (وهو عامل ذهنى) دون كل المراحل الأخرى هو العامل الضرورى فى إزالة الخوف، أما الاسترخاء، ووضع التدريجات فهى تمثل أهمية أقل فى التعديل السلوكى.

ثم لاحظ أيضًا عملية العلاج نفسها.. هل يتم التغير دون إرادة المريض؟ وهل يمكن أن يشفى المريض ويخطط لنفسه أساليب جديدة فى التفاعل والتوافق دون وجود قدر من التوقع الذهنى للشفاء، والأمل الإيجابى فى نجاح أسلوب العلاج المستخدم؟

بالطبع لا. بل إن هناك نظرية تحتل فى الوقت الحاضر اهتمام عدد لا بأس به من علماء الشخصية والعلاج النفسى، ومؤداها أن سلوك الفرد وعملياته النفسية الأخرى تتوقف على توقعه للطرق التى ستحدث بها أشياء معينة (انظر المرجع رقم ٨). بعبارة أخرى، فإن سلوك الفرد تحكمه - إلى حد بعيد - عوامل معرفية وفكرية كالتوقع وطريقة التنبؤ بحدوث أشياء معينة.

فالشخص الذى يتعرض لتجربة فشل فى عمل، أو صداقة، أو حب قد يصيبه الاكتئاب والحزن إذا ما كان يتوقع بأنه لن يجد بديلاً لخسارته للعمل، أو للشخص. واستجاباته المكتئبة الحزينة ستختلف لهذا عن شخص يتبنى توقعات مختلفة تقوم على الأمل فى وجود بديل ناجح لخسارته. ولهذا السبب قد ينجح العلاج مع شخص بينما لا ينجح مع شخص آخر.

ثم إذا نظرت إلى سلوك العصابى أو الذهانى فستجد - دون شك - أن سلوكهما الدفاعى وغير الواقعى إنما قد يكون ناتجًا عن نقص فى المعلومات عن أساليب السلوك الملائمة. فطالب الكلية الذى يأتى من قرية صغيرة والذى يرغب بشدة فى الحصول على التقبل الاجتماعى قد لا يكون خجولاً، ولكنه لا يعرف - ببساطة - أساليب التقرب وأساليب التفاعل الاجتماعى. **فلأننا لا نعرف ما الصحيح قد نسرف فى ممارسة ما هو خاطئ.**

ثالثًا: سأنتقل الآن إلى مجموعة ثالثة من الأدلة على فاعلية العوامل الذهنية فى إثارة الاضطرابات الوجدانية والسلوكية. وسأطلق على هذه المجموعة من الأدلة:

الأدلة التجريبية، لأن بعضها يأتينا من معامل علماء النفس السلوكى ذواتهم، والبعض الآخر يأتينا من تجارب باحثين معاصرين ينتمون إلى فرعين رئيسيين من فروع علم النفس، وهما: **الشخصية، وعلم النفس الاجتماعى**.

لنتأمل بعض النتائج التجريبية التى جاءتنا من دراسات بافلوف ـ مؤسس المدرسة السلوكية ـ لنرى ما إذا كان فى نظريته أثر لما يسمى بالعوامل العقلية أو الذهنية. إن الكثيرين قد فهموا «بافلوف» خطأ على أنه صاحب نظرية ضيقة لوصف السلوك بمقتضاها لا تزيد الظواهر السلوكية (من تعلم وخوف وحب وصداقة، واكتئاب وتفاؤل وتشاؤم... إلخ) عن كونها استجابات شرطية.

ليس هذا هو كل «بافلوف» فى الحقيقة، فهناك جوانب مجهولة فى نظريته تجعل منه عبقريًا بحق من حيث تنبهه لتعقد السلوك الإنسانى وبالتالى تعدد الشروط الموجهة لهذا السلوك. ففى عدد من التجارب أمكنه أن يحدث فى حيواناته حالة من الاضطراب النفسى الشبيهة بالاضطرابات العصابية لدى البشر، وأطلق عليها اسم العصاب التجريبى. وفى تحليله لهذا العصاب التجريبى لدى الحيوانات لاحظ أن السلوك اللاتوقعى أو المرضى يحدث بسبب عوامل، منها:

١ ـ استخدام منبهات حادة وشديدة (كأن يصحب تقديم الطعام بضوء مبهر، أو صوت عنيف حاد).

٢ ـ تأخير ظهور الطعام تدريجيًا بعد ظهور المنبه الشرطى (الضوء المبهر أو الجرس يصحبه الطعام أحيانًا فوريًا وأحيانًا يتأخر لفترات طويلة).

٣ ـ صعوبة التمييز بين المنبهات الشرطية لتقاربها واختلاطها (مثلاً ظهور درجات من الضوء الأخضر، تدل إحدى الدرجات منها على ظهور الطعام. لكن الحيوان يصعب عليه تمييز هذه الدرجة وتحديدها؛ لأن الفرق بين الدرجات اللونية السابقة أو اللاحقة طفيفة أو ليست واضحة).

٤ ـ التغيير المستمر وإبدال المنبهات الشرطية الإيجابية بمنبهات شرطية سلبية والعكس (ظهور الضوء الأحمر فى بعض المرات يصحبه الطعام وفى بعض المرات تصحبه صدمة كهربية).

٥ ـ التوتر البدنى الشديد أثناء عملية التشريط.

وعلى الرغم من أن العوامل الخمسة السابقة عوامل سلوكية أساسًا، إلا أن «بافلوف» لاحظ شيئين:

أ ـ إن حيواناته لا تستجيب بطريقة متشابهة تمامًا للمنبهات المتشابهة. وقد أدى به هذا إلى وضع نظريته عن الأنماط المزاجية والتى بمقتضاها حاول أن يفهم المرض النفسى عند الإنسان. فلقد قسم الأمزجة البشرية من حيث الاستجابة للبيئة الى أربعة أنماط مماثلة للأنماط التى وضعها أبقراط، وهى: النمط البلغمى، والنمط الدموى والنمط السوداوى والنمط الصفراوى(*). وغنى عن الذكر أن فى هذا التصور تكمن بذور الفروق الفردية، وبالتالى الفروق فى العمليات المعرفية وأساليب التفكير.

ب ـ كذلك أصبح بافلوف وبالتدريج واعيًا للفروق بين الإنسان والحيوان. فما دامت الحيوانات تختلف فيما بينها من حيث أنمطتها المزاجية، فإن من المنطقى أيضًا أن يختلف الإنسان عن الحيوان. واستطاع بنجاح أن يحدد أن الفرق الرئيسى بين الإنسان والحيوان يكمن فى قدره الإنسان على استخدام اللغة والرموز، أو ما يسميه بمفهوم الجهاز الإشارى الثانوى الذى يمكِّن الإنسان من استخدام الكلمات واللغة كبديل للأصوات والمرئيات الفعلية التى هى من خصائص الجهاز الإشارى الأوَّلى. وفى هذا الصدد يتنبه «بافلوف» من جديد إلى وجود فروق فردية بين أفراد بنى البشر من حيث تنوع عمليات الجهاز الإشارى. فبعض الأشخاص ينشط لديهم الجهاز الإشارى الأولى ويسميهم «بافلوف» بالنمط الفنى، أى الذين يهتمون بالرؤى المباشرة، والأصوات، والبعض الآخر ينشط لديهم الجهاز الإشارى الثانوى ويسميهم «بافلوف» بأصحاب النمط

(*) الشخص البلغمى هو الشخص الذى يتصرف طبقًا للأصول وذو مزاج سعيد، ومزاجه السعيد قد يعوض قصور فطنته وحكمته. وهو متعقل فى تعامله مع الآخرين.. وقد يظهر الاستسلام لهم ولكنه غالبًا ما يحقق أهدافه. أما الشخص الدموى فهو عديم المبالاة، اجتماعى محب للهو، ويضفى أهمية عظيمة على أى شىء يمارسه فى لحظة ممارسته له. أما السوداوى.. فهو عكس الدموى قلق، يجد فى كل شىء مصدرًا للهم والاضطراب.. ويميل للشكوى والهموم ولهذا السبب لا يكون سعيدًا. أما الصفراوى فهو إنسان عدوانى وسريع الانفعال، ومحب للثناء والمظاهر والأبهة...

الفكرى.. وهؤلاء تزداد مهاراتهم فى استخدام اللغه والرموز. وإذا توازن نشاط هذين الجهازين تحدث الدرجات المتوسطة من الأشخاص الذين يوازنون بين استخدامهم للرموز والتعبير، واستخدامهم للرؤى والأصوات المباشرة(١٠٧، ١٠٨).

ويعود الفضل لقلة أخرى من علماء النفس الفسيولوچى الروس ممن لحقوا بـ (بافلوف) لإثبات أن الكلمات وحدها قد تثير استجابات انفعالية حادة. فعلى سبيل المثال لاحظ «بلاتونوف» أن الاستجابات الفسيولوچية لدى مجموعة من الأشخاص عند استماعهم لكلمات مرتبطة بالألم (مثل كلمة ألم، أو أنين، أو أذى) تختلف عن الاستجابات المصاحبة للمواقف الفعلية التى تعبر عنها هذه الكلمات(***).

وقد اتخذ عالمان أمريكيان(١٢) من النظرية السوفيتية منطلقًا لتكوين نظرية فى العلاج النفسى تقوم على استخدام العمليات العقلية العليا. فمن رأى «دولارد»، «ميلر» ـ صاحبَىْ هذه النظرية ـ أن قدرة الإنسان الخاصة على استخدام اللغة والاستدلال الرمزى تجعل استجاباته لكثير من المواقف المحيطة به متوقفة على تفسيره إياها أو على الرموز التى تحملها له. ولهذا فهما يريان أن استجاباتنا الانفعالية يمكن إدراكها على أنها استجابة للطريقة التى يدرك بها الشخص موقفًا معينًا وليس بالضرورة لخصائص موجودة فى الموقف ذاته(****).

وسأكتفى بذكر عدد قليل من التجارب التى تبين أن الشخص يمكن أن يستثير نفسه انفعاليًا فى اتجاهات مختلفة كالحزن أو السرور، أو القلق، على حسب ما يقوله لنفسه أثناء أدائه لعمل ما، أو مواجهته لموقف معين، أو عند تفاعله مع أشخاص معينين. فلقد أمكن لأحد المجربين (١٠١) أن ينجح فى التأثير فى الحالات المزاجية للشخص بتغيير محتوى العبارات التى طلب من الفرد أن يرددها أثناء اندماجه فى نشاط معين. فعندما تكون العبارات ذات محتوى سار أو منشط مثل: (إننى سعيد وفخور بنفسى)، تظهر آثار انفعالية تختلف عما لو كان محتوى العبارة ذا شكل اكتئابى أو حزين (إن حياتى مليئة بما يكفيها من متاعب).

ومن الطريف أنه تبين أن الاستثارة فى الجهاز العصبى تزداد وترتفع عندما يُطلب من الشخص أن يفكر فى موضوعات ذات طابع مثير جنسيًا، بينما ينخفض النشاط وتقل الاستثارة عندما يطلب من الشخص أن يتخيل أنواعًا هادئة من النشاط والتخيلات. وقد ثبت فى دراسة تجريبية(١٤) أنه يمكن استثارة الخوف بتخيل مواقف كريهة، أو ضارة فى موقف معين.

وهناك ملاحظات تأتينا من مجال التمثيل المسرحى تبين أن الممثل تنتابه مشاعر مختلفة بحسب العبارات التى يرددها لنفسه فوق خشبة المسرح.. فهو يغضب غاضبًا حقيقيًا، ويحنق، ويفرح بحسب اتجاه الحوار، أو المونولوج الداخلى الذى يردده على خشبة المسرح.

ونعرف من بحوث التعصب أن التعصب ضد الزنوج وغيرهم من الأقليات يتضاءل إذا ما عرف الشخص معلومات دقيقة عن موضوع التعصب. ففى دراسة عن التعصب ضد الزنوج تبين أن مرتبة الزنوج وقيمتهم ترتفع ويزداد تقبلهم إذا ما اطلع المتعصبون على معلومات عن دور الزنوج فى بناء الحضارة الإنسانية، وتاريخهم ومساهماتهم فى التطور الاجتماعى(١٥).

وتحمل بحوث الشخصية الحديثة أدلة مماثلة قوية على تأثير الاتجاهات العقلية وعمليات التفكير والإبداع فى توافق الشخصية. فقد تبين - مثلاً - أن الشعور بالقلق فى المواقف الاجتماعية والمخاوف الشديدة غير الواقعية من الامتحانات يرتبطان ارتباطًا قويًا بوجود اتجاهات وأفكار لا منطقية نحو هذه النشاطات.. فالشخص يرى المواقف الاجتماعية والامتحانات مهددتين له، ويبالغ فى إدراكهما فى أنهما مقياسان لقيمته وقوته.

وكذلك تبين أن بعض الأفراد يتبنون معتقدات خاطئة تدفعهم للبحث عن تأييد الآخرين، وتوقع اتفاقهم معه فيما يقول أو يفعل ومثل هذا النوع من الأشخاص غالبًا ما يعانى من الاضطرابات الانفعالية عندما يتخيل نفسه فى موقف يرفضه الآخرون فيه، أو عندما يتعرض لرفض حقيقى.

وقد تبين فى عدد من الدراسات لكاتب هذه السطور(١٣) أن القلق والتوتر النفسى يرتبطان بعدد من الخصائص ذات الطابع المعرفى، منها:

١ ـ التطرف فى الأحكام: فالأشياء إما بيضاء أو سوداء. أى أن الشخص القلق والمتوتر يفسر المواقف باتجاه واحد.. وهذا فيما يبدو ما يسبب له التعاسة والقلق، لأنه يوجه اهتمامه لجزء محدد من تفسير الوقائع دون استخدام تفسيرات أخرى تنتشله من أسْر الاستجابات العصابية.

٢ ـ كذلك يميل العصابيون إلى التصلب، أى مواجهة المواقف المختلفة المتنوعة بطريقة واحدة من التفكير.

٣ ـ وهم يتبنون أيضًا اتجاهات ومعتقدات جامدة عن النفس والحياة لا يقوم عليها دليل منطقى كالتسلطية، والجمود العقائدى، مما يحول بينهم وبين الحكم المستقل، واستخدام المنطق بدلاً من الانفعالات.

٤ ـ وهم يميلون للاعتماد على الأقوياء، ونماذج السلطة، وأحكام التقاليد، مما يحولهم إلى أشخاص مكفوفين وعاجزين عن التصرف بحرية انفعالية عندما تتطلب لغة الصحة النفسية ذلك.

فاضطرابات الشخصية بأشكالها المختلفة ـ عادة ما ـ تصحبها إذًا طرق غامضة متناقضة من التفكير عن الذات وعن البيئة. ولهذا فيجب أن تعتمد سياسة العلاج النفسى على تغيير مفاهيم المريض، حتى يتيسر له التغيير فى سلوكه المضطرب .

ومن البحوث التى نُشرت فى هذا الميدان مجموعة دراسات كان هدفها تقييم أساليب مختلفة من العلاج مع مقارنتها بعضها ببعض. وانتهى عدد من هذه البحوث إلى إثبات أنه يمكن تخفيض القلق العام، والقلق من مواقف محددة كالامتحانات، والدخول فى علاقات اجتماعية، إذا ما علمنا المرضى أن يعدلوا من طرقهم الخاطئة فى التفكير.

أضف إلى ذلك النتائج المتعلقة بدراسة تأثير القيم والمعتقدات على الشخصية الإنسانية. فمن المسلَّمات الرئيسية فى هذا الاتجاه أن المعتقدات والقيم المنطقية (التى تتكون بالاعتماد على وجود حقائق واقعية وصادقة) غالبًا ما تؤازر ظهور التكامل، والتوافق والإبداع، والدافع لمواصلة الجهد فى العمليات العقلية. أما القيم أو المعتقدات اللامنطقية (أى التى لا تقوم على الحقائق أو لا تعتمد على وجود أدلة واقعية)، فغالبًا ما تؤدى إلى المبالغات الانفعالية كما تقلل من دوافعنا أو تشوه من وجهتها. لهذا فعندما يتغير البناء الأساسى لقيم الفرد يتغير أيضًا وجدانه وأسلوبه فى التوافق الفعال(*).

نكتفى بهذا القدر من البراهين وننتقل الآن إلى مناهج العلاج التى تعتمد على التعديل من طرق التفكير، ثم أساليب ذلك.

علاقة أساليب التفكير والاعتقاد
باضطرابات الشخصية والسلوك

على الرغم من تعدد مناهج العلاج السلوكى المعرفى، فإننا سنحاول هنا أن نعرض ونقدم منهجًا فى التعديل المعرفى يقوم على التكامل والتوفيق بين وجهات النظر المختلفة.

والفكرة الرئيسية التى تعتمد عليها أساليب تعديل التفكير ترى - فيما ذكرنا - أنه لا يمكن الفصل بالنسبة إلى السلوك الإنسانى بين جوانب التفكير والانفعال والسلوك أو الفعل.

جميع هذه الجوانب تتفاعل فيما بينها ويكمل بعضها البعض. بعبارة أخرى؛ فإننى لا أستطيع القول بأن الإنسان منفعل فحسب، لأن الإنسان وهو فى قمة الانفعال يفكر بطريقة معينة، كما أنه يترجم انفعالاته إلى نشاطات خارجية. وبالمثل، فالقيام بعملية تفكير فى حل مشكلة معينة - مثلاً - تصحبه جوانب

(*) من أمثلة القيم اللامنطقية التى يكون محورها الاعتماد على قوه خارجية ثروة أو سلطة.. أو تقاليد تمنح السعادة والنجاح.... ومن أمثلة القيم المنطقية تلك التى تقوم على إدراك واقعى لقيمة الذات وقوتها مثل قيم الإنجاز والإبداع والقيم الجمالية.

انفعالية متعلقة بالموضوع الذى أفكر فيه.. فضلاً عن ظهور جوانب حركية وسلوكية تصاحب عملية التفكير والانفعال بالموضوع. وعندما يسلك إنسان معين نتيجة لمنبه خارجى، فإن التفكير يتوسط بين ظهور هذا المنبه والاستجابة له. فالتفكير إذًا يكون بمثابة حلقة الوصل بين الاستجابة (انفعالية أو حركية)، والموقف الذى يسببها.

والاضطراب الانفعالى بهذا المعنى ليس حالة وجدانية منعزلة، بل إنه عبارة عن جوانب متكاملة ومتفاعلة من النشاط السلوكى الداخلى (فكرى) والخارجى (حركى) الذى وإن بدت مظاهره متنوعة، فإنها فى الحقيقة مترابطة ومتلاحمة.

لهذا فمن الممكن ـ نظريًا ـ ضبط الانفعال بأكثر من طريقة. إذا كنت أشعر مثلاً باستثارة انفعالية (قلق أو خوف، أو اكتئاب) نتيجة لموقف معين، فإن من الممكن تهدئة انفعالنا وضبطه بطرق مختلفة. يمكن ـ مثلاً ـ ضبط المظهر السلوكى للانفعال.. كضبط الخوف والاستعاضة عنه باستجابات ملائمة عن طريق الاسترخاء أو التطمين أو تأكيد الذات، أو العقاقير المهدئة. وما ذكرناه فى الفصول السابقة حتى الآن يُعتبر نموذجًا ـ أو نماذج ـ لضبط الجوانب السلوكية للانفعالات والاضطرابات.

لكن من الممكن أيضًا ضبط الانفعال من خلال المناقشة المنطقية مع النفس أو مع شخص له فى النفس مكانة خاصة بحكم الخبرة والمعرفة (كمعالج، أو إخصائى نفسانى، أو صديق.. إلخ) وبهذه الطريقة نحاول أن نغير من اتجاهنا الذهنى على أمل أن يؤدى هذا التغيير إلى تغيير فى حالتى الانفعالية.

بعبارة أخرى، فإن التفكير والانفعال والسلوك أشكال متلاحمة. ومن الخطأ القول بأن تغيير الانفعال وحده يؤدى إلى تغيير التفكير، أو أن تغيير التفكير يؤدى إلى التغيير فى الانفعال، لأن تغيير التفكير يؤدى إلى التغيير فى الانفعالات والعكس أيضًا صحيح. إن جانبًا كبيرًا من الانفعالات فيما يرى واحد من المعالجين المعاصرين:

«... لا تزيد عن كونها أنماطًا فكرية متحيزة، أو متعصبة، أو تقوم على التعميم الشديد... إن التفكير والانفعال متلاحمان ويتبادلان التأثير والتأثر فى

علاقة دائرية، بل إنهما فى كثير من الأحيان يصبحان شيئًا واحدًا بحيث يحكم ما يقوله الفرد لنفسه عند حدوث شىء معين الصبغه الانفعالية التى ستبرز». (المرجع ٥٤)».

وفى الممارسة العلاجية الحديثة من الضرورى على المعالج السلوكى أن يعرض نفسه لخبرات متنوعة ونماذج متعددة من الأساليب التى تمكِّنه من تعديل السلوك، والانفعال، وطرق التفكير على السواء. والمعالج المعرفى السلوكى يحتاج أكثر من غيره من زملاء العلاج السلوكى التقليدى أو التحليل النفسى إلى الاطلاع والابتكار فى ميادين بحث تغيير الاتجاهات والأنماط الفكرية والمعتقدات، ما أمكنه ذلك.

الأساس المعرفى للسلوك فى معادلة مبسطة(*****):

إذا افترضنا ـ فيما يرى ألبرت أليس Eliis ـ من نيويورك (٥٥) أن حادثة معينة ونرمز لها بـ: (أ) (مثل: وفاة قريب، طلاق، فشل فى امتحان، إهانة من شخص غريب، الفصل من العمل) قد أثارت استجابة انفعالية نرمز لها بالحرف (ت) (حزن ـ قلق ـ أو سرور.. إلخ) فإن حدوث الحادثة (أ) ولو أنه يعتبر مثيرًا للحالة الانفعالية الناتجة (ت)، لا يعتبر فى الحقيقة هو السبب الرئيسى لهذه الاستجابة. ذلك لأن الاستجابة الانفعالية قد تختلف نتيجة لطريقة إدراكى وتفكيرى فى هذه الحادثة، وأساليب اعتقاداتى عنها، أى ما يمكن أن نرمز له بالحرف (ب). إنها إذًا ليست أ (الحادثة) هى التى أدت إلى ت (الاستجابة الانفعالية) ، بل هى ب (طريقة إدراكى وتفكيرى فى الحادثة) هى التى تعتبر مسئولة عن إبراز هذه الاستجابة.

لهذا فإن شعورنا بالاكتئاب أو الحزن المرضى إثر الفشل الشديد فى تحقيق هدف معين، أو خسارة شخص عزيز (أ)، لم ينشأ إلا نتيجة لما أنسجه من تصورات سوداء وقاتمة عن هذه الخسارة (ب) (تصورى مثلاً بأن الفشل شىء فظيع وغير محتمل ويثبت بأننى إنسان ضئيل الأهمية أو غبى أو وحيد.. إلخ).

لكن استجاباتنا الانفعالية لا تكون مريضة أو مضطربة على الدوام. فإزاء الفشل أو الخسارة فى المثال السابق قد تكون الاستجابة الانفعالية ذات طابع إيجابى، بحيث إن الشخص قد يأخذ من هذا الفشل أو هذه الخسارة عبرة ويحاول أن يطرح من شخصيته أشياء أدت به إلى هذا الفشل، وأن يتبنى خطة جديدة تحاول أن تحقق له مزيدًا من النجاح. هنا أيضًا تحكم الاستجابة الانفعالية الإيجابية ـ مثلها مثل انفعال الاكتئاب السابق ـ ما سيقوله الشخص لنفسه وبما وطد فكره عليه.. فقد يكون تفكيره إزاء الفشل بأنه: «شىء سيئ حقيقة أن تكون الأشياء كما لا نشتهى لها أن تكون، ولكن علىَّ أن أحاول بكل جهدى تغيير الظروف التى أدت إليها بحيث تكون الأشياء مستقبلاً مقبولة ومحتملة إلى حد ما».

إذًا، فوراء كل انفعال ـ إيجابى أو سلبى ـ بناء معرفى ومعتقدات سابقة لظهوره.

ولما كان السلوك أو الانفعال يتفاوتان من حيث السواء والمرض (.. بعض السلوك جيد وبعضه سيئ، وبعض الانفعالات إيجابى وبعضها سلبى)، فإن التفكير المصاحب أو السابق لهما يتفاوت أيضًا من حيث المعقولية واللامعقولية. بعبارة أخرى إذا كانت طريقة التفكير عقلية ومنطقية فإن السلوك سيكون جيداً، والانفعال أيضًا سيكون إيجابيًا ودافعًا لمزيد من النشاط والبناء، والعكس صحيح: إذا كانت طريقة التفكير لامقبولة ولامنطقية، فإن السلوك والانفعال كليهما سيكونان على درجة مرتفعة من الاضطراب.

لهذا يميز المعالجون السلوكيون المعرفيون المعاصرون بين نوعين من المعتقدات:

١ ـ اعتقادات منطقية ومتعقلة، ويصحبها فى الغالب حالات وجدانية ملائمة للمواقف، وتنتهى بالإنسان إلى مزيد من النضوج الانفعالى والخبرة والعمل البنَّاء.

٢ ـ اعتقادات لامنطقية وغير متعقلة تصحبها الاضطرابات الانفعالية المرضية (كالعصاب والذهان وغيرها).

أما متى تكون الاعتقادات وأساليب التفكير منطقية ومتعقلة، فإن هذا يتوقف على انسجامها مع أهدافنا العامة، وقيمتها الأساسية فى الحياة، وتحقيق

السعادة والفاعلية والاجتماعية، والإبداع، والإيجابية. وتُعتبر المعتقدات وأساليب التفكير منطقية عندما لا تخدم توافقنا مع الواقع، وتحكم علينا بالسلبية والهزيمة والانسحاب وبالتالى الشعور بالضآلة وعدم الفاعلية.

ويقودنا هذا إلى ضرورة الإلمام بأنواع الأساليب الفكرية والمعتقدات الخاطئة التى تؤدى إلى الاضطرابات الانفعالية وسوء التوافق.

معتقدات فكرية خاطئة(*)

من رأينا أنه يمكن تصنيف العوامل الفكرية المسببة للاضطراب النفسى والعقلى إلى فئتين من العوامل، هما:

ا ـ عوامل متعلقة بمحتوى الأفكار والمعتقدات.

ب ـ عوامل متعلقة بأساليب التفكير والمعتقدات.

أما محتوى الأفكار أو المعتقدات فأقصد به مجموع وجهات النظر والأفكار التى يتبناها الفرد عن نفسه وعن الآخرين، ومن المؤكد أنه يمكن الرجوع بالمرض النفسى والاضطراب إلى عناصر من التفكير، والتصورات الخاطئة، والاتجاهات والقيم التى تسبب فيما يبدو الهزيمة إزاء أحداث الحياة.

يذكر أحد المنظِّرين للعلاج النفسى ـ فى هذا المعنى ـ إن الإنسان أى إنسان يعتبر بشكل ما عالمًا(٨٧) وهو لا يعنى ـ بالطبع ـ أن كل إنسان يلبس معطفًا أبيض، أو يحمل شهادة ماچستير أو دكتوراه، لكنه يرى بأن كل فرد، مثله فى ذلك مثل العلماء، يتبنى ويعتنق عددًا من التصورات عن نفسه ومفاهيم عن الأشياء والآخرين. ويطلق «كيلى» ـ صاحب هذا الرأى ـ فى مواقع أخرى أسماء مختلفة على هذه التصورات: فيسميها أحيانًا المعتقدات، ويسميها أحيانًا أخرى الفلسفة العامة للشخص.

(*) عند الحديث عن معتقدات فكرية خاطئة لا نقصد الإشارة إلى الأخطاء بالمعنى المنطقى الذى يرد فى دراسات المنطق والفلسفة، بل نقصد الجوانب الفكرية التى تسود لدى المضطربين والمرضى.

لكن الفلسفة العامة أو مفاهيم الشخص عن نفسه وحياته تختلف عن آراء الفيلسوف أو العالم، من حيث إنها قد تكون صادقة ومتسقة تحقق لصاحبها التوافق مع نفسه ومع الآخرين، وقد لا تكون كذلك.

وعندما يواجه الفرد أى موقف أو شخص فإنه ينظر إليه ويتعامل معه وفق فلسفته العامة. فيشعر بالتهديد أو الطمأنينة، بالسلام أو الرغبة فى مناصبته العداء، بالحب أو الكراهية، بالقلق أو الهدوء، بالإقبال أو الإحجام حسب ما تمليه عليه فلسفته العامة ومجموع وجهات نظره وتوقعاته عن الحياة والآخرين.

ولما كان المرض النفسى يعبر عن اضطراب فى المشاعر والانفعالات، فإنه يجب أن يكون ـ إذًا ـ مرتبطًا أو ناتجًا عن أخطاء فى محتوى الأفكار والمعتقدات الشخصية للعصابى، أى ما نسميه بالأفكار ووجهات النظر اللامنطقية.

«اذا كان المريض النفسى ـ أساسًا ـ إنسانًا يتصرف بطريقة أقل مما تسمح به إمكاناته، أو شخصًا يهزم نفسه عند تحقيق أهدافه على الرغم من قدرته ـ نظريًا ـ على تحقيقها تحقيقًا سليمًا، فإنه يترتب على ذلك أن نقول بأنه يتصرف بطريقة غير متعقلة، ولامنطقية، وغير واقعية(١٨)».

الآن ما مجموع التصورات أو الفلسفات اللاواقعية، التى من شأنها إذا ظهرت لدى شخص معين أمكن القول بأنه شخص مضطرب نفسيًا أو على وشك أن يكون كذلك، أو أن نتوقع على الأقل بأنه سيتصرف بكفاءة أقل، وسيواجه الأمور باستجابات سلبية كالغضب، أو الاكتئاب، وسيهزم نفسه من جَّراء هذا؟

فيما يلى بعض الأفكار التى تبين أنها تؤدى به مباشرة إلى إثارة الاضطراب والهزيمة(*).

الفكرة الأولى

الفكرة القائلة إن من الضرورى أن يكون الإنسان محبوبًا من الجميع ومؤيدًا من الجميع فيما يقول وما يفعل، بدلاً من التأكيد على احترام الذات، أو الحصول

(*) تجدر الإشارة إلى أن ألبرت أليس (٥٣، ٥٤، ٥٥) يعتبر صاحب المبادرة الرئيسية فى حصر وجهات النظر والأفكار اللامنطقية.

على التأييد لأهداف محددة (كالترقية فى العمل مثلاً)، أو تقديم الحب ومنحه بدلاً من توقع الحب.

الفكرة الثانية

الفكرة القائلة إن بعض تصرفات الناس خاطئة أو شريرة، أو مجرمة، وأنه يجب عقاب الناس الذين تصدر عنهم هذه التصرفات عقابًا شديدًا، بدلاً من الفكرة أن بعض التصرفات الإنسانية غير ملائمة أو لا اجتماعية وأن الناس الذين تصدر عنهم هذه التصرفات أغبياء، أو جهلة، أو مضطربون انفعاليًا.

الفكرة الثالثة

الفكرة القائلة إنها كارثة أو مأساة عندما لا تسير الأشياء كما لا نشتهى لها أن تكون، أو عندما لا تصبح الأشياء كما نتوقع لها، بدلاً من الفكرة أن من السيئ أن تكون الأشياء كما لا نشتهى لها أن تكون، وإن علينا أن نحاول بكل جهدنا لتغيير الظروف أو ضبطها بحيث تكون الأشياء مقبولة إلى حد ما. لكن إذا كان تغير المواقف السيئة غير ممكن أو مستحيلاً، فإن من الأفضل للشخص أن يمهد نفسة لقبول الأشياء وأن يتوقف عن تصويرها بأنها فظيعة وقاتلة.

الفكرة الرابعة

الفكرة القائلة إن شقاءنا وتعاستنا وعدم إحساسنا بالسعادة نتاج لأشياء خارجية عنا: ظروف أو حظ أو أشخاص آخرين أو مكان معين، بدلاً من الفكرة أن جزءًا كبيرًا من مصيرنا نحكمه نحن بآرائنا وتصرفاتنا.

الفكرة الخامسة

الفكرة القائلة إنه شىء طبيعى أن يشعر الإنسان بالقلق والتوتر عندما تحدث أشياء خطيرة أو سيئة، بدلا من الفكرة إننا يجب أن نواجه مصادر الخوف والقلق بصراحة ونحاول أن نقلل من الآثار السيئة التى تترتب عليها. فإذا كان ذلك

مستحيلاً فإنه يمكن للإنسان أن يهتم بأشياء أخرى، ويتوقف عن تصور أن هذا الشيء خطير أو مخيف.

الفكرة السادسة

الفكرة القائلة إن من السهل والأحسن أن نواجه مصاعب الحياة ومسئولياتها بالتجنب والانسحاب، بدلاً من الفكرة أن الحل السهل السريع هو حل قد يؤدى على المدى الطويل إلى آثار سيئة، وأنه يجب لهذا مواجهة المصاعب عندما تثور وليس البعد عنها وتجنبها.

الفكرة السابعة

الفكرة القائلة ان الإنسان يحتاج لشىء، أو لشخص آخر أقوى وأعظم خبرة لكى يسانده على تحقيق أهدافه فى النجاح، بدلاً من الفكرة أن من الأحسن كثيرًا أن نعتمد على أنفسنا وأن نقف على قدمنا وأن نستمد إيماننا من أنفسنا ومن قدراتنا ومن قيمنا الخاصة عند مواجهة مصاعب الحياة ومشكلاتها.

الفكرة الثامنة

الفكرة القائلة إن الشخص يجب أن يكون قادرًا دائمًا على التحدى والمنافسة والتفوق والذكاء فى كل الجوانب الممكنة، بدلاً من الفكرة أن من الممتع للنفس أن يكون الإنسان متمكنًا من شىء ما يتقنه ويستمد منه الإشباع وتحقيق الذات.

الفكرة التاسعة

الفكرة القائلة إننا نتصرف ونسلك بطريقة معينة بسبب آثار سيئة فى تربيتنا فى الماضى وإن الماضى قدر لا يمكن تجنبه، بدلاً من الفكرة أننا أصحاب

مسئولية أساسية عما يصدر منا من تصرفات وإن الماضى يمكن تجنب آثاره السيئة إذا ما عدَّلنا وجهات نظرنا وتصرفاتنا الحالية.

الفكرة العاشرة

الفكرة القائلة إن من الواجب أن يشعر الإنسان بالتعاسة والحزن عندما يشعر الآخرون بذلك أو عندما تحيق بهم مشكلة أو كارثة، بدلاً من الفكرة أن الإنسان يجب أن يتمالك نفسه إزاء مصائب الآخرين، لأنه سيكون أكثر فائدة لهم مما لو كان كئيبًا أو مهزومًا مثلهم.

الفكرة الحادية عشرة(*)

الفكرة القائلة إن السعادة البشرية والنجاح أشياء يمكن الوصول إليها دون جهد، بدلاً من الفكرة أن على الإنسان أن يفعل شيئًا وأن يجاهد نفسه لخلق مصادر خاصة لسعادته وأنه بمقدار الجهد المبذول بمقدار ما تتحدد غاياته.

الفكرة الثانية عشرة

الفكرة القائلة إن هناك مصدرًا واحدًا للسعادة وإنها لكارثة إذا ما أُغلق هذا المصدر أو فُقد، بدلاً من الفكرة أن الإنسان يستطيع أن يحقق سعادته من مصادر مختلفة، وأن يبدل أهدافه بأهداف أخرى إذا ما تطلب الأمر ذلك.

ولعل القارئ يحتاج لمثال يصور كيف تقوم هذه الأفكار بإثارة اضطراباتنا، وكيف يمكن تحديدها من خلال المحاورة، والمثال الآتى يوضح جزءًا من جلسة علاجية بين شخص مصاب باكتئاب ومعالجه، أجراها ألبرت أليس (Ellis, ١٩٩١)

المريض: أحس اليوم بضيق شديد وأن الزملاء لم يعودوا يحبوننى كما كانوا من قبل.

(*) الفكرة ١١ والفكرة ١٢ من وضع المؤلف.

المعالج: تشعر بالضيق لأن زملاءك لا يحبونك؟

المريض: نعم، هذا صحيح. أليس شيئًا طبيعيًا أن نشعر بالتعاسة عندما نفقد حب الناس يوما بعد يوم؟

المعالج: لا.. إنك لم تكن متضايقًا لهذا السبب.

المريض: لم أكن؟ ماذا تعنى؟ ولكن هذا ما حدث.

المعالج: لا، إننى أصر. إنك تظن بأنك كنت تعيسًا لهذا السبب.. ليس أكثر من ظن. بينما الأمر ليس كذلك.

المريض: فلماذا كنت قرفان وضيقًا إذًا إن لم يكن لهذا السبب؟

المعالج: إن الأمر بسيط ـ بساطة الحروف الهجائية.. ف (ا) ـ فيما أرى فى حالتك ـ هى الحادثة التى أدت إلى عدم حب زملائك لك أو نفورهم منك. دعنا نفترض أنك حاولت أن تلاحظ سلوكهم جيدًا، وأنك ربما تكون قد توهمت أنهم لا يحبونك كالسابق.

المريض: أؤكد لك أنهم يكرهوننى. إن الأمر واضح بالنسبة إلىَّ وضوح الشمس.

المعالج: دعنى أفترض أنهم يكرهونك ولا يحبونك، وإن عدم حبهم لك هو (أ). والآن فإن «ت» وهى استجابتك بالتعاسة والضيق هى ما تظن أنه نتيجة لهذا.

المريض: هذا صحيح.. إنى أتفق معك على هذا تمامًا.

المعالج: جميل إذًا ف «أ» هو موقف عدم حب الآخرين لك، و «ت» هى شعورك بالتعاسة. إنك ترى «أ» ثم تشعر «ت» ولهذا تفترض أن «أ» عدم حبهم لك هو السبب فى «ت» وهو اكتئابك وشعورك بالتعاسة. لكن «أ» ليست السبب فى الحقيقة.

المريض: ليست السبب؟ فما السبب إذًا؟.

المعالج: إنها «ب» وليست «أ».

المريض: «ب»؟

المعالج: «ب» هو ما كنت تقوله لنفسك عندما كنت فى الاجتماع مع هؤلاء الزملاء.

المريض (متسائلاً): ما كنت أقوله لنفسى؟ لم أكن أقول لنفسى شيئًا آنذاك .

المعالج: لا لقد فعلت. لقد كنت تقول لنفسك شيئًا ما بكل تأكيد.. وإلا لما كنت شعرت بما شعرت به. ولو أن الأمر كان أذى فعلى مثل سقوط حجر ثقيل على رأسك أو شيئًا من هذا القبيل فشعورك له ما يبرره. لكن لم يسقط عليك حجر، ولم يحدث شىء يسبب الأذى الفعلى. إذًا فمن الواضح أن، هناك تفسيرًا ما كنت تقوله لنفسك وهو الذى أدى إلى إثارة شعورك بالاكتئاب.

المريض: ولكنى أقول لك صادقًا وبكل أمانة بأننى لم أقل شيئًا.

المعالج: لقد قلت. دعنا نعود إلى اللحظة التى حدث فيها هذا الموقف، تذكر ما كنت تقوله لنفسك. وقل ماذا كان ذلك؟

المريض (يحاول التذكر): لقد..

المعالج: هه.

المريض: (بعد لحظة تفكير وتأمل) أعتقد أننى فعلاً كنت أقول لنفسى شيئًا، ربما كنت أقول لنفسى شيئًا من هذا القبيل: إنهم لا يحبوننى. وإن الكراهية تظهر فى عيونهم.. إنه لشىء بشع لماذا يفعلون ذلك.. وكيف يجرءون على ذلك معى أنا الذى أفتح قلبى وأمنح وقتى لهم؟!.

المعالج: بالضبط.. وهذا الذى كنت تقوله لنفسك هو «ب». هى «ب» دائمًا أو ما تقوله لنفسك هو الذى يثير مشاعرك بالشكل الذى وصفته من قبل. إلا بالطبع فى بعض الحالات المادية عندما يقع ـ مثلاً ـ شىء مادى أو محسوس حجر أو قطعة صلبة أو شىء من هذا القبيل يؤدى إلى أذى حقيقى. ولكن عدا ذلك من حوادث: كلمة من شخص، إيماءة، أو اتجاه، أو شعور ضدك فإن ما يحكم النتيجة دائمًا هو أنت. فإذا تركت هذه الكلمة أو الإيماء أو شعور الآخرين نحوك يسبب الأذى أو التعاسة فإنك تكتئب لأنك سمحت بذلك، أى لأنك تقول لنفسك ـ مثلاً ـ إن هذا شىء فظيع وبشع ومأسوى، وهذا هو ما أعنيه بـ «ب».

المريض: وماذا أفعل إذًا؟

المعالج: سأبين لك بالضبط ماذا تفعل. أريد أن تحضر مع زملائك كل الاجتماعات سواء أكانت رسمية أو غير رسمية. إن لم تكن توجد اجتماعات: اخلق لقاءات بينك وبينهم. ولكن حاول فى هذه المرة بدلاً من أن تجعلهم يحبونك أو يتصورون بأن كل كلمة تقولها تدل على أنك إنسان خطير الشأن ـ بدلاً من هذا أريدك أن تقوم بشىء بسيط .

المريض: وما هو؟

المعالج: أريدك أن تلاحظ مجرد ملاحظة وأنت معهم ما تقوله لنفسك عندما يظهر عدم حبهم أو إهمالهم لك. لاحظ حديثك.............. الصامت والعبارات الداخلية التى تفسر بها استجاباتهم لك أو إهمالهم. هل تستطيع أن تفعل ذلك؟

المريض: لا أعتقد أن هذا شىء عسير. ملاحظة ما أقوله لنفسى وحوارى الصامت معها عندما ألاحظ كراهية الآخرين.

المعالج: نعم، هذا هو كل ما نريده فى الوقت الحالى.

«وفى الجلسة التالية دار هذا الحوار»

المعالج: هل فعلت ما اتفقنا عليه؟

المريض: نعم. لقد كان شىء يدعو للهزيمة.. كل ما كنت أقوله لنفسى هو عبارات من الرثاء الذاتى.. لا شىء أكثر من الرثاء لحالى.

المعالج: بالضبط رثاؤك لذاتك، ولا شىء أكثر من هذا، لا غرابة إذًا أن تكون تعيسًا ومكتئبًا بهذا القدر. دعنا الآن نرى ما إذا كان يمكن أن نغير من ذلك، وأن نبدل من سلوكك الذهنى الذى يسبب هزيمتك. لنرى كيف أنك يمكن أن تنتشل نفسك من هوة هذا الاضطراب والهزيمة(٥٣).

وسنرى فيما بعد الأساليب التى يمكن استخدامها للاستعاضة عن الأفكار اللامنطقية بأفكار أخرى منطقية وأساليب تعديل السلوك الذهنى بشكل عام.

أما الآن فيبقى أن نشير إلى الأساليب الاعتقادية والذهنية العامة التى تسهم بدورها فى إحداث الاضطراب.

أساليب أخرى من التفكير

الخاطئ غير الفعال

عند التفكير فى حل مشكلة معينة أو فهمها، تحدث أخطاء فى الفهم والتفسير مما يشوه صورة الواقع وبالتالى يثير الاضطرابات السلوكية، من هذا:

المبالغة

وتتمثل فى الميل للمبالغة فى إدراك الأشياء، أو الخبرات الواقعية، وإضفاء دلالات مبالغ فيها كتصور الخطر والدمار فيها. ومن الثابت أن المبالغة فى إدراك نتائج الأشياء يميز الأشخاص المصابين بالذات بالقلق. فتفكير الشخص فى حالات القلق يتميز بالمبالغة فى تفسير الموقف مما يؤدى إلى إثارة مشاعر الخوف والتوتر. فهو دائمًا يتوقع الشر لنفسه، ولأسرته، أو لممتلكاته، أو يتوقع الخوف من فقدان مركزه أو وظيفته والأشخاص المهمين فى حياته وربما لا توجد أسباب لذلك. والشخص القَلق يبالغ فى تصور خبرات (قد تكون محايدة) فى علاقاته بأصدقائه، أو أقاربه، أو رؤسائه فيدركها على أنها مهينة أو محبطة.

وإذا كانت المبالغة والتضخيم من الأشياء الخاطئة لأنها تثير القلق والجزع، فالعكس غير صحيح، أى أن التقليل من المخاطر الواقعية قد تكون له أيضًا نتائج انفعالية سلوكية مماثلة. فالتقليل من المخاطر الفعلية غالبًا ما يؤدى إلى الاندفاع وتكرار التجارب الفاشلة. كما قد يؤدى إلى تخفيض الدافع إلى مواصلة الجهد والإنجاز.

ومن المؤكد أن مجاهدة النفس على الإدراك الموضوعى للواقع (دون مبالغة أو تقليل) يعتبر بمثابة الوسط الذهبى الذى يمنح الإنسان القدرة والبصيرة على التوجيه الفعال لمشاعره وسلوكه.

التعميم

لاحظ برتراند راسل أن اليقين المطلق من أَعْدَى أعداء التفكير البشرى المنطقى ويكتب:

«إن البعد عن المطلقات يعتبر ـ فى نظرى ـ من الأشياء الجوهرية للتعقل والتفكير المنطقى» (عن المرجع ١١٦).

وكذلك يلاحظ فؤاد زكريا أن:

«اليقين كثيرًا ما يكون مضلاً.. وإننا لنلاحظ فى تجربتنا العادية أن أكثر الناس يقينًا هم عادة أكثرهم جهلاً»(٢٠)، ونضيف من جانبنا بأنهم أكثر الناس استهدافًا للمرض النفسى والاضطراب.

وفى مجال علم النفس من الثابت أن الميل للتعميم من الجزء إلى الكل يعتبر من العوامل الحاسمة فى كثير من الأمراض الاجتماعية كالتعصب القومى، والتعصب الدولى والعدوان. فكثير من الخصائص السلبية التى ننسبها إلى جماعة معينة لكى نبرر تعصبنا نحوها قد يكون فى الحقيقة تعميمًا خاطئًا لخبرة سئية مع فرد ينتسب إلى هذه الجماعة. ولهذا ليس من النادر أن نجد كثيرًا من الذكور الذين مروا بخبرة سيئة مع واحدة من الجنس الآخر غالبًا ما يرددون: لا تثق فى المرأة. والعكس صحيح، فكثير من النساء يرددن «الرجال جميعًا سواء». ومثل هذه التعميمات تكون بداية لظهور بذور سوء التوافق أو علامة له.

والتعميم أسلوب من التفكير يرتبط بكثير من الأنماط المرضية، بخاصة الاكتئاب والفصام.

فالمكتئب غالبًا ما يعمم الخبرات الجزئية على ذاته تعميمًا سلبيًا. فتوجيه نقد غير مقصود له قد يعنى عنده: «أنى إنسان فاشل لا يحسن التفكير». وفشله فى تحقيق هدف ولو جزئى قد يعنى لديه «إننى إنسان عاجز عن تحقيق آماله فى الحياة». وبُعْد صديق أو رفيق عنه قد يعنى «بأننى بدأت أخسر كل أصدقائى». وإذا حدث وأن رئيسه أو زميلاً من زملائه قد نسى أن يبادله التحية فإذًا «إننى إنسان مكروه وغير مرغوب فيه». وكثير من الأشخاص الفصاميين بخاصة الذين تتملكهم هواجس العظمة أو الاضطهاد يستخدمون هذا الأسلوب المشوه من

التفكير، فقد يحدثك الشخص فى هذه الحالات بأن مخابرات الدولة تعمل ضده بدليل أنه رأى فى الصباح الباكر شخصًا يسير بجوار منزله وهو يختلس النظر إلى مدخل حجرته.

ويعتبر التعميم الخاطئ أيضًا من العوامل الحاسمة فى اكتساب المخاوف المرضية. وقد لاحظنا من قبل فى حالة الطفل «ألبرت» أن خوفه من الفأر قد تعمم على كل الحيوانات ذات الفراء، فأصبح يخاف من الأرانب والفئران والقطط وغيرها.

ولما كان المعالج النفسى المعرفى يقدر دور هذا العامل فى المساهمة فى اضطرابات البشر، فإن عليه أن يؤكد باستمرار لمريضه بأنه لا يوجد شىء أكيد تمامًا، وإنما قد يكون مرجحًا أو محتملا بدرجة قليلة أو كبيرة.

الثنائية والتطرف

يميل بعض الأشخاص لإدراك الأشياء إما بيضاء أو سوداء، حسنة أو سيئة خبيثة أو طيبة، صادقة أو خاطئة، دون أن يدركوا أن الشىء الواحد الذى قد يبدو فى ظاهر الأمر سيئًا، قد تكون فيه أشياء إيجابية، أو يؤدى إلى نتائج إيجابية. ويطلق الباحثون فى علم النفس على هذه الخاصية من الشخصية مفاهيم مثل النفور من الغموض أو تصلب الشخصية. وقد أشرنا من قبل إلى عدد من الدراسات التى قمنا بها فى البيئة العربية. والتى بينت أن هذه الخاصية من التفكير ترتبط بسمات لاتوافقية كالتعصب والتسلط والتوتر، والقلق. وتتفق هذه النتائج مع بحوث الغرب، وبحوث عربية أخرى.

وفى ميدان العلاج النفسى يمكن أن نكتشف هذه الخاصية بسهولة فى تفكير المضطربين. ولهذه الخاصية تأثير سيئ فى العلاقات الاجتماعية، كسوء التوافق بين الأزواج. فإذا كان الزوج والزوجة يميلان بالقدر نفسه إلى هذا النوع من التصلب، فإن الصراع وسوء التوافق بينهما يعتبران نتيجتين مرجحتين.

وتمتلئ عبارات المضطربين وكلامهم بكلمات مثل «مطلقًا»، و «من المستحيل»، و«دائمًا»، و «بالمرة». وقد نجد عبارات منتشرة فى حالات سوء التوافق، مثل:

- هذه المرأة لا تُطاق بالمرة.
- زوجى لا يفكر إلا فى نفسه.
- لا أرى على الإطلاق فائدة فيما أقوم به.
- حياتى لا يقبلها أحد.
- أحب أعمالى أن تكون كاملة وتامة.
- حياتى تفتقد بالمرة عنصر الحب.
- العالم الذى أعيشه عالم ظالم وغير منصف على الإطلاق.
- لم أحاول إطلاقًا أن أفعل أشياء لست متأكدًا من نتائجها.

ولا شك أن حالات كثيرة من الضيق والاكتئاب قد تتملك المرء إذا ما كان يعتنق إزاء الأشياء التى تواجهه آراء يقينية عن سوء نتائجها بالنسبة إليه، وذلك كالطالب الذى يحزن؛ لأنه حصل على جيد جدًا عندما يرى أن الحصول على أقل من ممتاز يعتبر بالنسبة إليه مقياسًا مطلقًا لقيمته وذكائه. لذلك نجد أن كثيرًا من النجاح فى العلاج النفسى يتبعه اختفاء للطموحات المطلقة، أو نزعات الكمال المتطرفة.. إلخ.

وفى تحليل الاضطرابات الوجدانية كالغضب، والاكتئاب والعصاب نجد أن عامل التطرف من العوامل المهمة فى إثارة هذه الاضطرابات. فعندما يقول الفرد لنفسه: «إننى إنسان فاشل بالمرة ولا نفع فىَّ»، قد تصيبه مباشرة مشاعر الاكتئاب والسلبية والتقاعس، بينما عبارة يقولها الاب لابنه (أو لابنته)؛ لأنها تأخرت نصف ساعة فى العودة لمنزلها: «إنك ستدمرين الأسرة» قد تثير لديه هذه العبارة وهو يقولها، مشاعر الجزع والغضب. وبالمثل قد تثير الزوجة فى نفسها مشاعر الغيظ والكراهية عندما تقول لزوجها مثلاً: «ما من امرأة تقبل أن تعيش معك»، أو «إنك إنسان لا تطاق ولا تفكر إلا فى نفسك».. وهكذا.

ويرتبط بهذا الأسلوب، أسلوب آخر خاطئ من التفكير يمكن أن نطلق عليه مفهوم التجريد الانتقائى. كأن يعزل الشخص خاصية معينة من سياقها العام،

ويؤكدها فى سياق آخر. فالشخص قد يعزف عن التقدم لعمل جديد مناسب، لأنه رفض فى عمل سابق لأسباب لا علاقة لها بإمكاناته ومواهبه وبما يتطلبه العمل الجديد. والطفل الذى قد تبعده معلمته عن المساهمة فى نشاط حركى بسبب ضعف فى ساقه، قد يعزف عن المساهمة فى أى نشاط اجتماعى آخر؛ لأنه يشعر أنه غير محبوب لعجزه عن اللعب مثل غيره.

والتجريد الانتقائى من الأخطاء التى تشيع فى أفكار المكتئبين، فقد تبين[٣٨، ٣٩]. أن المكتئب يركز على جزء من التفاصيل السلبية ويتجاهل الموقف ككل... فهو يعود إلى المنزل بعد حفلة أو لقاء، ولا يذكر من هذا اللقاء إلا أن فلانًا تجاهله، وفلانًا قاطعه فى الكلام وأنه كان يجب أن يقول كذا، وأن لا يقول كذا.. إلخ.

أخطاء الحكم والاستنتاج

فى الكثير من حالات القلق والاكتئاب والعدوان يكون السلوك ناتجًا عن خطأ فى تفسير الحادثة بسبب عدم توافر معلومات معينة، أو سياق مختلف. فالفصامى قد يثور على طبيبه؛ لأنه يتصور أنه متواطئ مع بقية العاملين فى محاولة السيطرة عليه وعلى تصرفاته. والشخص الذكى قد يتصور أنه ضعيف الفاعلية وأقل ذكاء؛ لأن حكمه على ذاته غير دقيق ربما نشأ مع إخوة ذوى ذكاء مماثل ويكثرون من نقده. وقد نثور على إنسان معين بالغضب والعدوان على اعتقاد أنه يقوم بالوشاية والتحريض لأننا نجده يتحدث مع شخص آخر إثر مشادة معه. وقد تكون إحدى الفتيات على قدر لا بأس به من الملاحة وحسن الصورة، ولكنها تنشأ وهى تعتقد أنها غير جميلة ولا تتوقع الحب من أحد؛ لأنها نشأت مع أخت أو قريبة أكثر جمالاً ومرحًا منها.

وتسود هذه الأخطاء بشكل خاص لدى المصابين بالاكتئاب، فمن المعروف[٢٣]. أن المكتئب يرتكب هذا الخطأ المنطقى عندما يرى فى خبر أو موقف مصدرًا للإزعاج، أو «التقليل من الكرامة».. أو «تقليل الشأن» عندما لا يكون هناك من الدلائل ما يدعوه لهذا الاستنتاج والحكم (عن دور العوامل المعرفية بالقلق والتوتر وارتباطها بهما انظر ١٠، ١٢، ١٣، ٣٩، ٤٠، ٧٠).

أساليب فعالة فى تعديل طرق التفكير اللاعقلانية

سوف نعرض باختصار فى الفقرات التالية بعض الأساليب الحديثة فى تعديل الطرق الخاطئة من التفكير كما عرضنا لها فى الصفحات السابقة. وينبغى أن نعترف فى الحقيقة بأن التركيز على الحالات الداخلية (طرق التفكير والمعتقدات) قد أضاف إمكانات متعددة لتغيير السلوك، وأدى إلى استبصارات متعددة فى استخدام الأسلوب العلمى فى علاج الشخصية. فلقد أوضحنا فى الصفحات السابقة أن الناس يحولون أنفسهم إلى مضطربين ومرضى بسبب وجود عادات سيئة من التفكير الخاطئ، وسلسلة من المعتقدات التى تقود إلى هزيمة الذات. لهذا فمن الضرورى أن يتبنى المعالج دورًا إيجابيًا قويًا مع مريضه. وقد رأينا فى المثال الذى تعرضنا له من قبل أن المعالج يسهم بإيجابية فى تقديم التفسير لمريضه، وفى القيام بطريقة مباشرة بمساعدته على استنتاج الأفكار الداخلية (اللامنطقية) التى كانت تسيطر عليه عندما كان يلتقى بزملائه أو يتفاعل مع الآخرين.

ومن المسلَّمات فى نظريات العلاج المعرفى أن جزءًا كبيرًا من اضطراب سلوكنا يتم بفعل تفكيرنا الخاطئ؛ لكننا أيضًا نفكر بطريقة خاطئة لأننا لا نعرف الطريقة الصحيحة من التفكير.

فجزء كبير إذًا من وجهات نظرنا، ومعتقداتنا الخاطئة ونقص التفكير السليم ينتج عن أننا لم نتعلم ـ أو لم يعلمنا أحد ـ كيف يكون التفكير السليم. لهذا نجد أن أساليب علاج المسالك الذهنية هنا ينحو نحوًا عقليًا وتربويًا. ويؤكد «ألبرت أليس» كما أكد من قبله «أدلر» ـ أن العلاج يجب أن يتضمن عملية إعادة تربية، وضرورة التحاور مع المريض بكل الضروب المنطقية من الحوار لكى نبين له الجانب الخاطئ فى تفكيره، مع دفعه مباشرة إلى استنتاج الطرق الصحيحة وتطبيقها(٣٢، ٥٣).

والدحض المستمر للأفكار الخاطئة مع الإقناع يساعد على كشف أن طرق تفكيرنا السابقة لم تعد تجدى. ولهذا فإننا باستمرارنا فى تبنيها لا نكرر

اضطراباتنا وأخطاءنا بحذافيرها فحسب، بل إننا سنعمل على زيادتها وقوة تأثيرها. وتبنِّى بحوث علماء النفس الاجتماعى أن الإقناع من خلال الأساليب التربوية والمحاضرات والمناقشات يؤدى إلى تعديل واضح فى الاتجاهات العنصرية ويقلل من التعصب. ولهذا تقوم فى الولايات المتحدة مجهودات شاملة فى كثير من المدارس على إعطاء معلومات عن الأقليات ذلك لأن من المعروف أن من يعرفون أشياء أكثر عن جماعة أو أقلية ما يقل عدوانهم وتقل كراهيتهم لتلك الأقلية، ومن ثَم فإن التغير فى المعرفة غالبًا ما تنعكس آثاره فى مجال الفعل والشعور. وشىء من هذا القَبيل يحدث فى حالة الاضطرابات الفكرية، فكلما ازداد وعينا وتبصرنا بأن هناك بدائل فكرية صحيحة، ازدادت جاذبية تلك الأفكار الصحيحة واحتمال تبنيها كأسلوب دائم وجديد فى الشخصية.

ومن المهم هنا أن نشير إلى قوة الأدلة التى تثبت فاعلية الإقناع والدحض فى تغير الاتجاهات. ويستخدم الناس الإقناع والدحض فى مجالات اجتماعية مختلفة، بل إن قيمة بعض أساليب التأثير فى الرأى العام كالدعاية، والإعلام والأحاديث الإذاعية تكتسب أهميتها بسبب تأثيرها فى عمليات التفكير السابقة. وعندما يحاول المعالج، أو الأستاذ، أو الموجه أو أى شخص آخر إقناع شخص معين بأن يتخلى عن أفكاره الخاطئة ومعتقداته المشوهة عن النفس وعن الأشياء، وأن يتبنى أفكارًا أكثر فائدة وأقل مدعاة للهزيمة الذاتية فإن من السهل لا أن نتبنى أفكارًا جديدة ونافعة فحسب، بل إن فاعلية الإنسان الاجتماعية تزداد، وتتحسن قدراته على التوافق.

وثمة خاصية أخرى من خصائص الاتجاهات الجديدة فى علاج طرق التفكير والمعتقدات، وهى تعليم الأشخاص **طرقًا جديدة لحل مشكلاتهم العاطفية والسلوكية**. فمن الممكن تصور أن الاضطراب يحدث عندما نفشل فى مقابلة تحديات التوافق فى المجتمع، وفى استخدام إمكاناتنا، أو نقاط قوتنا بفاعلية. ولهذا فتنمية القدرة على حل المشكلات ومعرفة أن هناك طرقًا بديلة للوصول للأهداف، مع فهم دوافع الآخرين، ومحاولة أن نبين للشخص أن كل موقف يختلف عن غيره من المواقف، قد تسهم أيضًا فى عملية الاستبصار وزيادة الفاعلية الشخصية.

لكن الاستبصار - كما لاحظنا آنفًا - قد لا يؤدى إلى تغيير مباشر فى السلوك. فالقول بأن اكتساب الاستبصار يؤدى تلقائيًا إلى التغير فى السلوك، ما هو إلا افتراض يصح فى بعض الحالات ويخطئ فى البعض الآخر، لهذا فمن الضرورى أن نساعد الشخص على توظيف أفكاره الجديدة المنطقية حالما تحدث وذلك بدفعه وبتكليفه **بواجبات منزلية** Home Wrok يسعى الشخص من خلالها إلى ممارسة أفكاره المنطقية عمدًا وفى مواقف حية. لهذا فقد يوصى المعالج مريضه - كما رأينا فى حالة الشاب التى أشرنا لها آنفًا - أن يقوم بتأمل ما يقوله لنفسه فى موقف معين. وتبين الممارسة العلاجية أن محاولة خلق مواقف حية.. وإرغام أنفسنا على الدخول فيها باتجاهات عقلية مختلفة يساعد على التغير فى الجوانب الفكرية، والسلوكية، والوجدانية على السواء - فالشخص الذى يعزف عن الاتصال الاجتماعى، بسبب الخجل مثلاً يمكن أن يُشجع على تعمد الدخول فى مواقف حية كانت تسبب له الارتباك من قبل: مثل مبادرة النقد المتعمد لرأى زميل أو رئيس، أو تعمد رفع الصوت فى المناقشات، أو الدخول إلى الأماكن العامة، كمحلات البيع، مع المجادلة مع الباعة عن الثمن ونوع البضاعة.. إلخ.

ومن الأساليب الممكنة للزيادة من الأفكار المنطقية الملائمة للصحة النفسية أن **نغير من أهمية الأهداف نفسها** بالنسبة إلى لشخص. فالشخص الذى يعتقد أن من الضرورى أن يظهر دائمًا بمظهر قوة الشخصية والسيطرة والتحكم فى الأمور قد يدخل نتيجة لهذا فى صراعات اجتماعية مع حاجات الآخرين من الزملاء أو المرءوسين أو شركاء الحياة الزوجية، أو الأبناء فى التعبير عن ذواتهم، مما يوقعه ويوقع من يتصلون به فى ضروب من الاضطراب. فى مثل هذه الحالات، فإن تنبه الشخص إلى أن أهدافه فى إثبات رجولته وقوته غير واقعية وغير معقولة سيساعده على أن يعدل سلوكه الاجتماعى التالى تعديلاً ملحوظًا. وفى مثل هذه العملية من التصحيح المستمر للأخطاء فى القيم والأفكار ينبغى النظر إلى ربط أهدافنا بالنتائج المستقبلية القائمة على فهم دوافع الآخرين. فقد يؤدى الظهور بمظهر القوة والسلطة - مثلاً - إلى نتائج وإرضاءات مباشرة من الناس، إلا أن النتائج البعيدة لمثل هذا السلوك قد تكون وخيمة العواقب.

والمعالج الذى يأخذ باتجاه تعديل المسالك الذهنية لا يجهل ولا يقلل من شأن استخدام **التغير فى البيئة الاجتماعية** لإحداث التغير فى الشخصية. فهو يعرف أن بعض أخطائنا الفكرية قد يكون مكتسبًا نتيجة لإحباطات خارجية أو فشل سابق (التقدم لعدد من الأعمال دون الحصول عليها قد يؤدى إلى تشكل أفكار خاطئة عن الذات مثل «إننى إنسان فاشل» أو «ضئيل الأهمية»، والفشل السابق مع أفراد الجنس الآخر قد يؤدى إلى أفكار خاطئة بأننا نفتقد الجاذبية.. إلخ). لهذا من المهم أن نستخدم التغيير فى البيئة الاجتماعية استخدامًا كبيرًا لإحداث التغير فى الشخصية، وتعتبر الواجبات المنزلية التى أشرنا لها آنفًا طريقة لذلك. أضف إلى هذا أن المعالجين قد ينصحون بتغيير اتجاهات الآخرين الذين يعيشون مع الشخص أو يحتكون به. ولهذا فعملية العلاج قد تشمل الشركاء فى الحياة الزوجية أو الآباء أو الآخرين أو الجماعة التى يعيش معها. وقد أشرنا سابقًا إلى أن تغيير طريقة الملبس، وتغير الوضع الاجتماعى، تؤدى إلى تغيير فى توقعات الأفراد عنا وبالتالى تغير سلوكنا. ومن الحالات التى أشرنا إليها حالة الفتاة التى كانت تظن أنها باهتة الشخصية، فلما أخذ مجموعة من الطلاب يعاملونها على أنها شديدة الجاذبية والحيوية استطاعت أن تكون أسلوبًا سهلاً فى التعامل، كما استطاعت أن تغير أفكارها عن نفسها وأن تتبنى أفكارًا أكثر إيجابية(١٦).

ومن الأساليب الأخرى التى يلجأ إليها المعالجون لتغيير أفكارنا اللامنطقية عن أنفسنا وعن الآخرين استخدام **الكف المتبادل** بالشكل الذى أشرنا إليه فى الفصل الثالث. فنحن نعرف من خلال هذا المفهوم أن الإنسان لا يمكن أن يكون قلقًا ومطمئنًا فى وقت واحد أو مبتهجًا ومكتئبًا فى نفس الآن. لذلك نستعيض عن استجاباته بالقلق باستجابات من الطمأنينة (الاسترخاء مثلاً) عند التعامل مع مصادر التهديد. ويصح هذا أيضًا بالنسبة إلى الأفكار. فالإنسان لا يكون منطقيًا ولا منطقيًا فى الوقت نفسه، ولا يتبنى فكرة سلبية وإيجابية عن نفسه أو عن الآخرين فى نفس الآن عندما يواجه مشكلة ما. لهذا من الممكن أن يغير الشخص أفكاره الداخلية السلبية عند حدوث موقف معين بأفكار إيجابية. من

الممكن مثلاً أن يربط أداءه لعمل ما بتصور العمل على أنه مصدر للمتعة بدلاً من تصوره على أنه واجب ثقيل، وتعتبر هذه الطريقة فعالة فى إحداث التعديل السلوكى المطلوب، فضلاً عن أنها تحسن من استخدام البيئة بإدراكها - فى مواقف التهديد - على أنها أقل مدعاة للاضطراب والتخوف.

وثمة أسلوب آخر يساعد على إحداث تغيرات فكرية وسلوكية إيجابية، يتمثل فى **لعب الأدوار**. فإذا تأتَّى لأحد الأشخاص المضطربين أن يعبر أمام مجموعة من الآخرين عن اتجاه أو سلوك مختلف، فإن هذا السلوك سيتحول إلى خاصية دائمة فى شخصيته. فالشخص المتسلط، الذى يدفعه تسلطه إلى التصادم مع الآخرين ينجح فى أن يبدل بتسلُّطه أسلوبًا قائمًا على التفهم إذا ما طلب منه أداء دور قائد ديمقراطى، وأن يشاهد نتائج إيجابية ديمقراطية فى شكل حب الآخرين، أو توددهم له مثلاً. ومن رأينا أن التغير الناتج من لعب الأدوار يرجع إلى التغير فى معرفة الموقف الذى أدى إليه القيام بالدور. وقد تأتى لكاتب هذه السطور عند قيادة إحدى جلسات العلاج الجماعى لمجموعة من المرضى الفصاميين أن يلاحظ أن تغيرات حدثت فى اتجاه تقبل المرضى لأطبائهم عندما كان يطلب منهم تمثيل دور الطبيب وتخيل استجاباته فى مواقف مختلفة: كالتعامل مع مريض متهيج يحاول إيقاع الأذى بزميل آخر، أو مريض منسحب يعزف عن الطعام، أو استجاباته إزاء مشادة بين مريض وأحد العاملين. كما لاحظنا أن التغير الذى يحدث بعد أداء الأدوار أفضل من التغير الذى يحدث إثر مناقشة عادية عن إبراز أهمية الطبيب واتجاهاته نحو مرضاه، مما يدل على أن الشخص عند قيامه بدور معين يطَّلع على جوانب جديدة من المعرفة يسهل عليه تبنيها بعد ذلك.

ولهذا الأسلوب أهمية أيضًا فى جوانب لا تتعلق بالعلاج، بل تتعلق بالحياة الاجتماعية بشكل عام، إذ كثيرًا ما يبدأ الناس فى النظر إلى حياتهم بشكل مختلف إثر الدخول فى دور مهنى جديد. فخبرة القيام بدور مهنى تعطى الشخص رؤية جديدة للدور وتدفعه إلى تبنى مجموعة من الاتجاهات والتوقعات

المطابقة للدور. وقد تبين فى إحدى الدراسات (١٦) على فريقين من العمال المعينين فى مؤسسات البيع التجارية أن الفريق الذى عُين فى وظائف إشرافية تبنى اتجاهات مطابقة لاتجاهات هيئة الإدارة، أما الأشخاص الذين عينوا كعمال عاديين فقد تبنوا تجاهات معارضة لاتجاهات هيئة الإدارة. فالعمل طول اليوم فى وظائف العمال العاديين، مثلة فى ذلك مثل العمل الإدارى، يدفع بالضرورة إلى تبنى اتجاهات تطابق توقعاتنا عن الدور. وهذا صحيح أيضًا فى حالات السلوك المرضى. فالتشجيع على مواجهة مشكلة بطريقة لعب دور إنسان عادى أو ناجح، سيؤدى إلى النظر إلى أساليبنا اللاتوافقية بشكل مختلف.

وتنشأ فى حالات كثيرة أنواع من الاضطرابات النفسية بسبب ما يسمى **بالتنافر المعرفى**، أى عندما نعتنق فكرتين متنافرتين عن شىء واحد بحيث إن كل فكرة منهما تولد أو تؤدى إلى تصرفات متعارضة مع ما تولده الفكرة الأخرى. فالشخص الذى تشده فكرة السفر للخارج لتحسين وضعه الاقتصادى أو للحصول على درجة من التدريب والتعليم فى مجاله، قد تشده أيضًا فكرة الاستقرار فى وطنه والإبقاء على وظيفته التى قد يفقدها بسبب هذا السفر. هنا تنشأ حالة من القلق غير السار والاكتئاب الذى ينطوى على أخطار للصحة النفسية. ومن الأشخاص أيضًا من يعرف عن نفسه شيئًا (بأنه جذاب أو لبق مثلاً)، ولكنه يعلم أن فكرة الآخرين عنه (بأنه انتهازى أو متسلق) لا تتفق مع فكرته عن نفسه. هنا أيضًا يجد الشخص فى هذا التنافر عقبة كئودة قد تشله عن الحركة عندما يرغب فى التفاعل بالآخرين. وقد تبين للكاتب أن كثيرًا من المبدعين يعانون من تنافرات من هذا النوع هى التى تسبب فيما يبدو جزءًا كبيرًا مما يعتريهم من حالات القلق والاكتئاب. فقد يعرف المبدع أو المفكر أن عمله يحتاج منه للانطواء والبعد عن الناس والاختلاف، لكن متطلبات عمله تتنافر مع ما يتطلبه منه المجتمع من ضرورة الخضوع لمعاييره، والاختلاط والتوافق والإغراق فى عادات اجتماعية تافهة[١٠، ٣٠].

ومن الممكن فى مثل هذه الحالات البحث عن طرق متعددة **للتقليل من هذا التنافر** أو آثاره. من هذه الطرق مثلاً العمل على تدعيم إحدى الفكرتين تدعيمًا

إيجابيًا بحيث يزداد وزنها عن الفكرة الأخرى، كأن يعترف الشخص مثلاً بأن عمله قد يؤدى إلى بعده عن الناس مؤقتًا، ولكنه هو مصدره الرئيسى للشعور باحترامه لنفسه والحصول على احترام الآخرين فى النهاية، وكأن يغير اتجاهه نحو أحد الموضوعين بحيث يضفى عليه قيمة أقل مما هو عليه. ففى حالة تعارض تصورى مع ذاتى عن تصور الآخرين ربما يكون من الأفضل للصحة النفسية فى هذه الحالة أن يضع الشخص قيمة أقل لتصورات الآخرين السلبية له فيدركها على أنها أقل أهمية وأضعف وزنًا، وبالتالى قد يزداد وزن الفكرة الأخرى وقيمتها وهى فى هذه الحالة فكرة الشخص عن نفسه بأنه على قدر مرتفع من اللباقة.. إلخ.

ومن المهم أن نشير من جديد إلى أن كثيرًا من جوانب هذا التنافر ينبع أحيانًا بسبب قيم اجتماعية خارجة عنا(*). فالمجتمع الذى لا يركز على الإبداع كقيمة إنسانية ـ مثلاً ـ يؤدى مباشرة إلى إثارة الشك والقلق لدى الشباب الذين تربطهم بالعمل الفكرى والإبداعى بعض الصلات. فى هذه الحالات من الضرورى أن نشير إلى أن التخفيف من آثار التوترات المعرفية يحتاج إلى جهود العلماء الاجتماعيين بقدر مساوٍ لجهد المعالج السلوكى ـ حيث يكمن الحل الواضح لمثل هذه الأنواع من التنافر فى ضرورة تغير التصورات الاجتماعية العامة عن مشكلات نعتبرها من وجهة النظر النفسية شديدة الأهمية.

خطوات و مراحل التعديل المعرفى

وللقيام بعملية تعديل سلوكى للأساليب الفكرية الخاطئة، أنصح باستخدام الاستمارة المرفقة (شكل١) والموضحة أيضًا **فى ملحق الفصل** وهى تساعد على

(*) خير مثال على هذا ما يلاحظه عزت حجازى فى كتابه «الشباب العربى» من أن جزءًا كبيرًا من مصادر القلق يمكن العودة به إلى تعارض القيم الاجتماعية مع الحاجات الشخصية. فمن مصادر قلق الشباب فيما يرى الاعتقاد الذى تدفعهم إليه القيم والممارسة الاجتماعية بأن الحب يتعارض مع القيم وأنه ليس مجرد «عيب» ولكنه من «الجرائم»، وبالنظر إلى الإلحاح الشديد والحاجة إلى الحب يعيش الشباب العربى أزمة طاحنة بسبب تعارض القيم الاجتماعية مع حاجاتهم الشخصية (١٩).

تشخيص.. وتحليل الأفكار اللاعقلانية وتتبعها. ولكى يسهل علينا استخدام هذه الاستمارة.. يمكن اتباع المراحل الآتية:

١ ـ حدد أولاً فى المربع الأول «أ» الخبرة أو الموقف المباشر ـ الذى يرتبط حدوثه بالحالة الانفعالية السيئة التى تشعر بها.. مثلاً:

ـ رئيسى فى العمل لم يبادلنى تحية الصباح ربما متعمدًا

ـ والداى يرفضان زواجى من شخص أحبه

ـ رسوب فى الامتحان.. أو فشل فى علاقة عاطفية

٢ ـ سجل الاعتقادات العقلانية لهذا الموقف (مثلاً: قد يكون رئيسى مشغولاً عن تحيتى.. أو أنه يفعل ذلك كعادته مع الكثيرين.. أو أن سلوكه هذا لا يعجبنى.. إلخ).

٣ ـ ضع تفسيراتك الخاطئة.. واعتقاداتك اللاعقلانية نحو هذا الموقف.. حاول أن تتعقب الفكرة الخاطئة لتحديدها.. ربما من خلال عملية استبطان أو ملاحظة الذات عند مواجهة مثل هذه المواقف.. قد تكون بالنسبة إلى المثال السابق.

ـ إنه لم يبادلنى التحية.. إنه يكرهنى أو أنه غاضب منى.

ـ إن عدم مبادلته التحية لى يدل على أن شيئًا خطيرًا يتم ضدى.

ـ إننى إنسان مرفوض ومنبوذ «أو ثقيل».

ـ هذا الإنسان الحقير المنحط كيف تسول له نفسه أن يفعل هذا؟

ـ إنسان ما وشى بشىء خطير.... ومن ثَم فهو يتجنبنى.

٤ ـ حدد النتائج المترتبة على تلك المعتقدات بشقيها: العقلى واللاعقلانى. فقد تتكون نتيجة لتفكيرك العقلانى انفعالات ملائمة سجلها فى المستطيل الأول من المربع (ج) إننى أشعر بالأسف لهذا التصرف............... أو المحاولة الصادقة لتحسين صورتى وعملى أمام رئيسى إن كنت أعتقد أن تجاهله يتم عن قصد.

أما فى المستطيل الثانى من هذا الجزء، فسجل النتائج السلوكية التى تنتج عن تفسيرك العقلانى... قد تكون مثلاً: تجاهل الموقف إلى أن تستبين بعض الحقائق.. العمل على تحسين عملى وأدائى... تحسين سبل الاتصال الاجتماعى بالآخرين... الاسترخاء.

أما فى المستطيلين الآخرين من هذا المربع.. فضع النتائج السلوكية والانفعالية غير المرغوبة التى يمكن أن تحدث نتيجة لتفسيراتك الخاطئة. فقد تكون النتائج الانفعالية لتفسيرك الخاطئ لسلوك رئيسك هذا الصباح: شعور بالاكتئاب، والمشغولية طوال اليوم (إننى إنسان من السهل تجاهله)، أو الغضب الشديد على الرئيس (هذا الأحمق المغرور... كيف يجرؤ على هذا التصرف؟).

أما **النتائج السلوكية** غير المرغوبة فقد تكون: العدوان أو إظهار الاحتقار للرئيس، أو مخاوف، أو أرق بالليل وتوتر شديد، وتفكير فى الاستقالة من العمل.

الآن.. وبعد تحديد الأفكار والمتغيرات الخاطئة وآثارها العصابية على السلوك والأفعال... يصبح الطريق ممهدًا للقيام بعملية دحض وتفنيد للآراء الخاطئة والتفسيرات غير العقلانية بأن نضعها فى شكل أسئلة فى المستطيل (د). ويهدف الدحض إلى الاطلاع على الجوانب السلبية أو المبالغ فيها فى التفكير. وبالتالى يكون الطريق ممهدًا للاستعاضة عنه بأفكار واقعية ومعقولة تلائم الموقف.

وسنلاحظ أن فحص الأفكار الخاطئة قد ينتهى بنا إلى اعتقادات واقعية عاقلة (المستطيل الأول من هـ)، فضلاً عن نتائج انفعالية وسلوكية معدلة ومعقولة (المربعين الآخرين من الشكل).

ولكى يزداد القارئ ثقة فى استخدام هذا المنهج... وهذا الشكل نقدم له ثلاثة نماذج لمواقف شائعة ترتبط بمخاوف ومشكلات عصابية متعددة نتيجة للتفسيرات الخاطئة لها، وهى:

الشكل ٢: ويمثل الموقف فيه والدان يعارضان الزواج من شخص يفضله المريض.

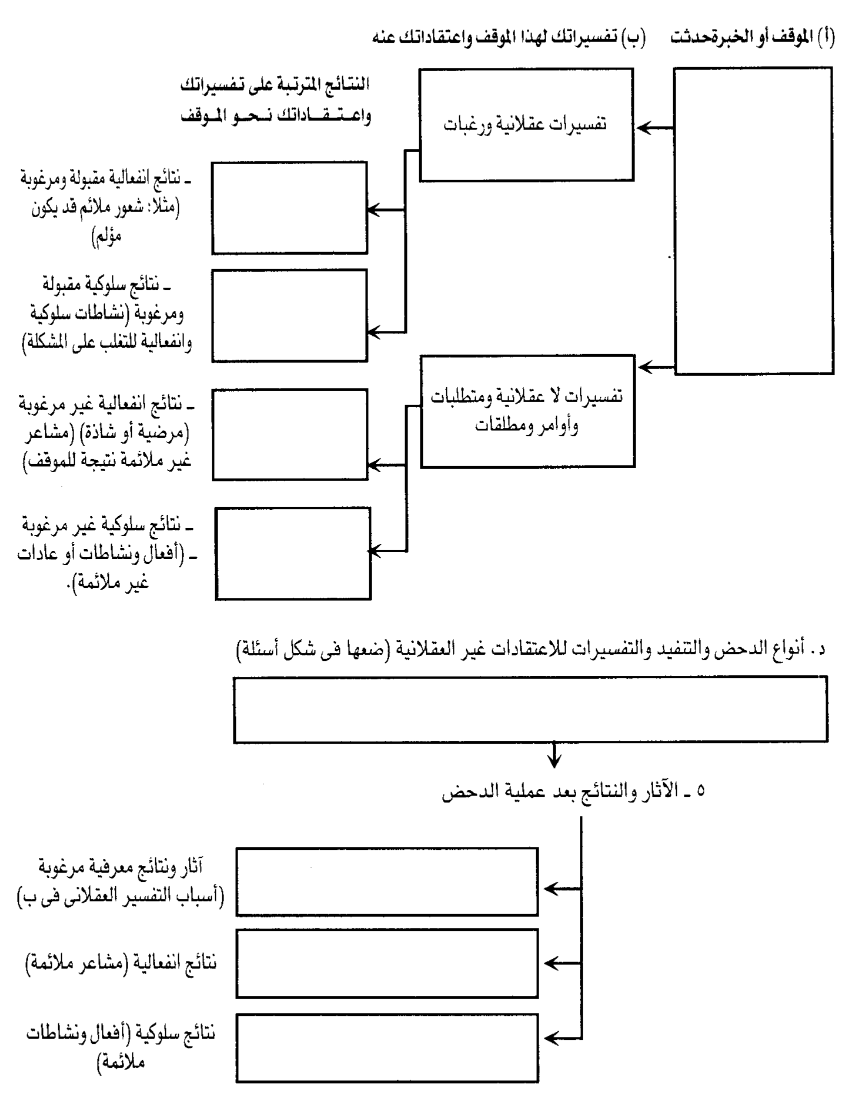
الاستمارة الثالثة شكل ٣: والموقف فيها يمثل خبرة سيئة وهى الرسوب والفشل.

توجد أشكال متعددة من الأساليب الجديدة التى تجرب فى الوقت الحاضر بمعهدَى العلاج المنطقى فى نيويورك وكاليفورنيا، وكلا المعهدين يقومان على أساس التعديل من أساليب التفكير (فضلاً عن السلوك) فى حالات متعددة من الاضطرابات كالاكتئاب، والجنسية المثلية، والضعف الجنسى، والقلق، فضلاً عن تقديم النصح والإرشاد لنمو «العاديين» فى مواقف مختلفة من الحياة كالقيادة والتدريس والإبداع.

وعلى العموم، فإننا نرى أن أساليب تعديل طرق التفكير تنطوى على إمكانات جيدة، بخاصة إذا ما عرفنا أن المبادئ والقوانين التى تحكم السلوك والشخصية، والإنسان فى تفاعله الاجتماعى تُستخدم بأفق متسع ومتكامل فى هذا النوع من العلاج.

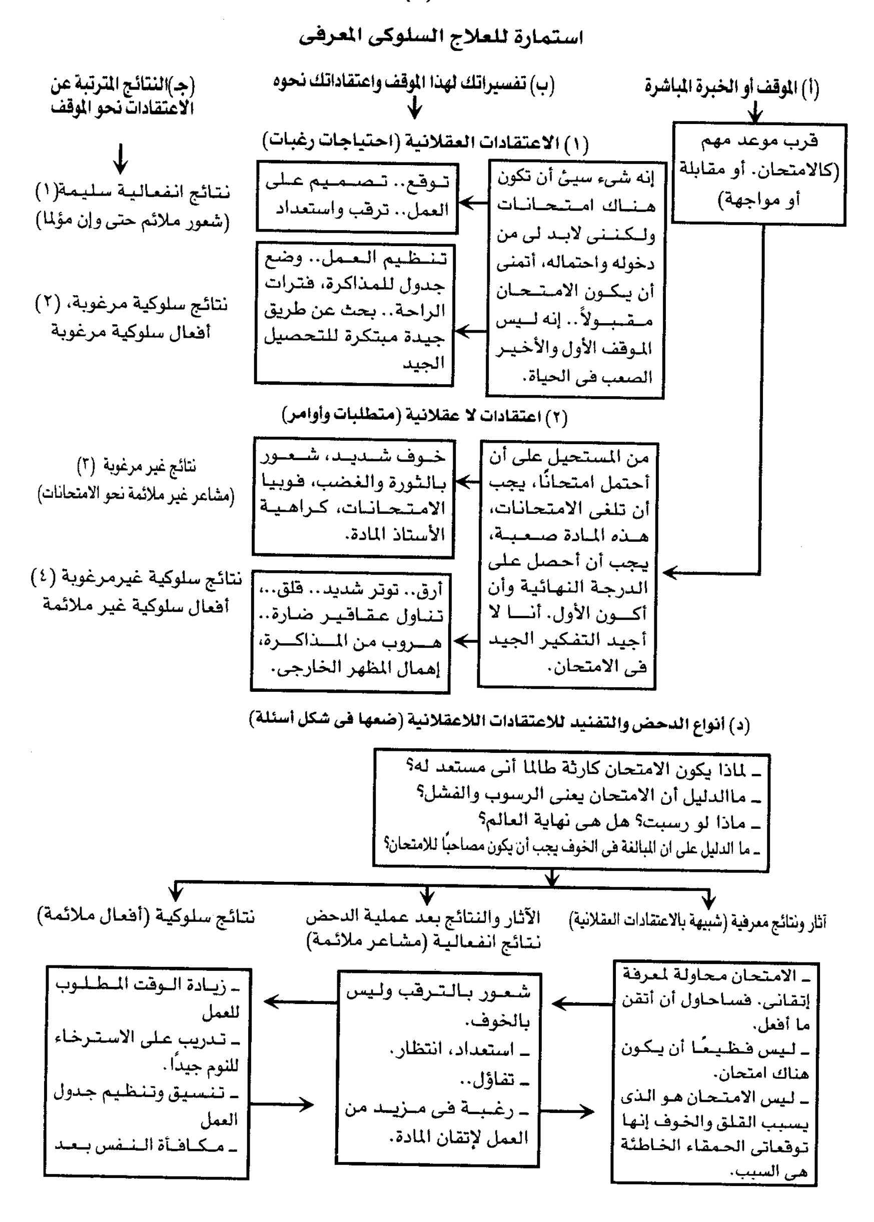
شكل ١

استمارة للعلاج السلوكى المعرفى



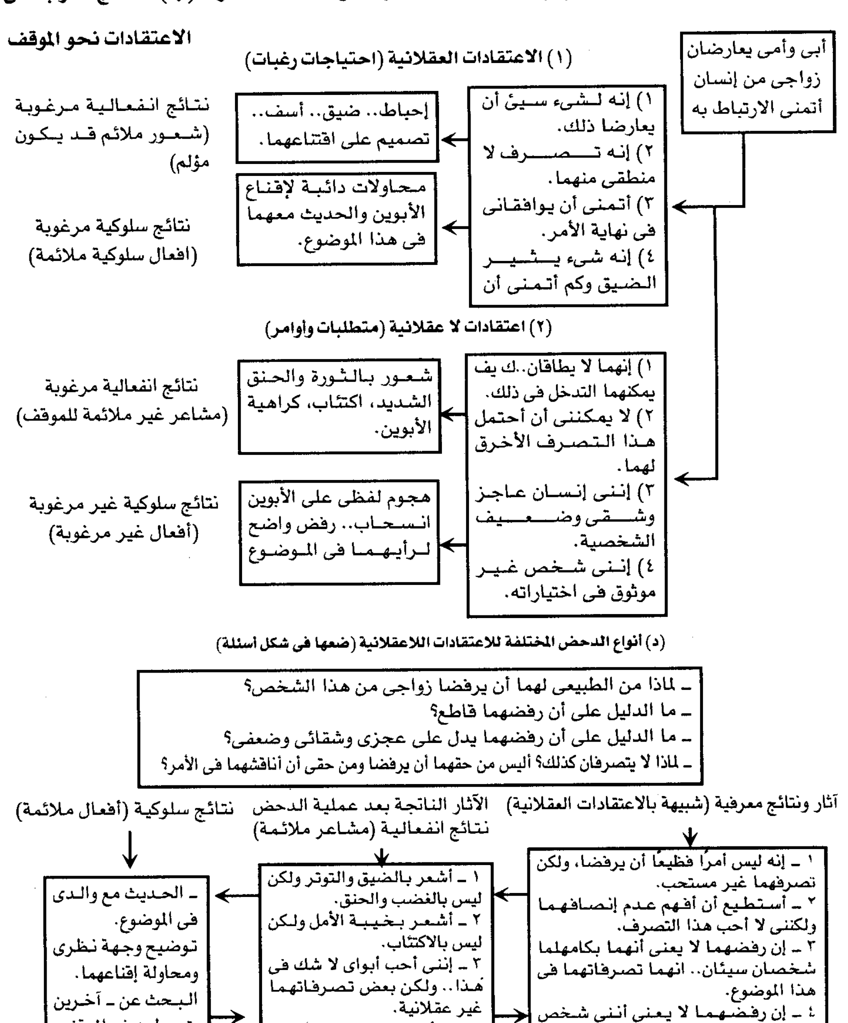
مثال (١)

استمارة للعلاج السلوكى المعرفى



مثال ٢

استمارة للعلاج السلوكى المعرفى



الخلاصة

يعكف الباحثون فى العلاج النفسى وتعديل السلوك البشرى منذ أعوام على دراسات وتجارب مكثفة لبحث آثار المعتقدات الفكرية الخاطئة - التى يتبناها الفرد عن نفسه وعن الآخرين - على إثارة الاضطراب النفسى وسوء التوافق. وتشير هذه البحوث إلى وجود أدلة قوية على أن وراء كل تصرف انفعالى بالغضب أو العدوان، بالانسحاب أو الاندفاع... إلخ - بناء ونمطًا من التصورات والمعتقدات يتبناها الفرد عن الحياة ومشكلاتها، وأن التصرفات الانفعالية تتغير بتغير هذه التصورات والمعتقدات.

إن أى شكل من أشكال الاضطراب يسبقه تفكير خاطئ فى الموقف، أو فى فاعلية الذات. وقد بينًّا أن العوامل الفكرية المسببة للاضطراب النفسى تكون إما على: (١) شكل معتقدات ووجهات نظر خاطئة يتبناها الشخص عن نفسه وعن الآخرين فتسبب له التعاسة والهزيمة الذاتية وأشكال الاضطراب الأخرى. وقد عرضنا لعدد من الأفكار التى إذا ما تبنى الشخص إحداها أو بعضها، فإن سوء توافقه واضطراباته ستكون أشياء مرجحة إلى حد بعيد، أو تكون على شكل: (٢) أساليب خاطئة من التفكير فى الأمور كالمبالغة، والتعميم، وجمود التفكير وتصلُّبه. ويوضح هذا الفصل أهم الطرق المستخدمة لتعديل أنماط التفكير المضطرب، كالدحض المستمر للأفكار الخاطئة، والاستبصار، والدخول فى مواقف حية بتصورات مختلفة وتوقعات معدلة. فضلاً عن هذا، فإن العمل على إحداث تغيرات إيجابية فى البيئة الاجتماعية يساعد على التغير الإيجابى فى أفكارنا عن أنفسنا. وهناك أيضًا، لعب الأدوار الذى يؤدى إلى تغيير معرفتنا

بالتصرفات السوية وتمكيننا من أدائها... إلخ، ويُطلق على هذا النوع من العلاج فى الوقت الحالى العلاج المعرفى السلوكى.

ومن المهم هنا أن نشير إلى أنه على الرغم من النجاح الذى تحرزه أساليب العلاج المعرفى فى الوقت الراهن، فإن طلاب العلاج والتغيير غالبًا ما يأتون بدوافع متباينة ولأسباب مختلفة، لهذا قد تصلح أساليب التعديل الذهنى مع بعضهم بينما تصلح مع البعض الآخر أساليب من التدعيم السلوكى المباشر، أو التدريب على تأكيد الذات... إلخ.

لهذا فثمة هدف رئيسى ينبغى بلورته كهدف عام من أهداف العلاج، وهو أن يختار المريض بنفسه قِيَمه الخاصة وأن ينمى طرقه الفكرية الملائمة بمجهوداته الذاتية، أو أن يختار المجالات التى تحتاج منه احتياجًا ملحًا للتغيير. أما كيف يتم ذلك وما دور المعالج النفسى فى هذا المجال.. فذلك ما سيوضحه الفصل القادم.

استمارة تحليل ومتابعة علاجية

أ ـ سجل هنا حادثة أو موقفًا أو خبرة حصلت لك حديثًا وكان من نتيجتها الشعور بالاضطراب والضيق الشديد (مثال الذهاب لمقابلة شخصية للعمل، زيارة ناس، امتحان تأنيب لك، شكوى ضدك، مشادة.... إلخ).

....

....

ب ـ فكرتك أو تصورك المنطقى أو العقلانى لهذا الموقف السابق (مثلاً: سأكون سيئ الحظ لو رفضت للعمل، من المؤسف أن يشكونى أحد، الامتحانات شر لا بد منه....).

....

....

جـ ـ فكرتك أو تصورك غير العقلانى الذى استخدمته لتفسير هذا الموقف (مثلاً: مركزى الأدبى سيتحطم لو سمحت لأحد أن يناقشنى فى عملى، كارثة كبرى أن أرفض، سأكون كمًا مهملاً لو فشلت فى شىء، من واجبى أن أعرف كل شخص بحقيقته، أريد أن أضمن أن لا يتحدث الناس عنى فى غيبتى، لا أسمح لأحد أن يزمرنى أو يعلو صوته علىَّ).

....

....

تابع (استمارة تحليل ومتابعة علاجية)

د ـ النتيجة التى حدثت إثر تصورك غير العقلانى للموقف.. ركز على الانفعال والشعور الذى غلب عليك ساعتها... (مثلاً: شعرت أننى ممتلئ غضبًا، شعرت بالخوف والقلق، شعرت أننى مهدم ومكتئب، شعرت أننى مهمَل ومنبوذ)...

....

....

هـ ـ الدحض الذى قمت به للفكرة غير العقلانية لكى تقلل من تأثيرها فيك (مثلاً: أين الدليل على أن تجاهل شخص لى يعنى أننى تافه، ما الدليل أنه لا توجد وسائل أخرى غير الحنق والغضب لحل السخافات الاجتماعية، ما الدليل على أن غيبة الناس لنا تعكس عيبًا فينًا وليست نتيجة عيوب فيهم).

....

....

....

و ـ التعديل الذى حدث فى الفكرة غير العقلانية نتيجة للدحض (مثلاً: ليست كارثة ولكنها سوء حظ، لا توجد وسيلة واحدة لمواجهة المشكلات، فشلى فى الامتحان لا يعنى أننى ساقط فى كل شىء، المشادات لا تعنى دائمًا أن كل الناس أشرار.. إلخ).

....

....

تابع (استمارة تحليل ومتابعة علاجية)

ز ـ التعديل الذى حدث فى السلوك نتيجة للدحض (مثلاً: شعرت باختفاء الخوف، شعرت بالتعاطف مع الآخرين، حاولت أن أعمل مزيداً من الاتصالات لحل المشكلة، غضبى بدأ يختفى تدريجياً ... إلخ).

....

....

ح ـ إذا لم تكن قد حاولت دحض أفكارك غير العقلانية... فلماذا لا؟

....

....

ط ـ إذا لم تكن قد عدلت من فكرتك اللامنطقية... فلماذا لا؟

....

....

ى ـ الأشياء التى استخدمتها لعقاب نفسك نتيجة لاستمرار السلوك والأفكار غير المرغوبة:

....

....

ك ـ الأشياء التى استخدمتها لمكافأة نفسك نتيجة للإنجازات التى حققتها فى العلاج؟

....

....

تابع (استمارة تحليل ومتابعة علاجية)

ل - المعتقدات والانفعالات والتصرفات التى ما زالت تحتاج للعلاج.

معتقدات:

....

....

انفعالات:

....

....

سلوك وتصرفات:

....

....

م - الواجبات المنزلية والنشاطات الخارجية التى ستستخدمها فى الفترة القادمة؟

....

....

....

....

ن - إضافات أخرى وملاحظات؟

....

....

مراجع وتعليقات

(*) يعود الفضل للطبيب النفسى «لُو» Low فى استخدامه لمبادئ الفلسفة الرواقية فى العلاج، وذلك من خلال منهجه فى العلاج الذى أطلق عليه منهج تدريب الإرادة. انظر فى ذلك كتابه: Low. A.A.(1952) **Mental health through will-training**. Boston: Christopher Publishing House.

(**) كذلك انظر كتاب «بافلوف» الرئيسى الذى يشير بين الحين والآخر إلى الفروق فى عمليات التعلم وما تؤدى له من فروق فردية فى الشخصيات الإنسانية (المرجع ١٠٨).

(***) يعود الفضل للعالم الروسى «بلاتونوف» فى إثبات أن الاستجابات الفسيولوچية عند الاستماع لكلمات مرتبطة بالألم أشبه بالاستجابات الانفعالية المصاحبة للألم الحقيقى. انظر تلخيص تجاربه فى (المراجع ٥٠، ٩٩).

(****) للمزيد من التجارب التى تبين أن الانفعال يُستثار فى اتجاهات مختلفة بحسب ما يقوله أو ما يردده الفرد لنفسه أو ما يفكر فيه انظر (٣٧، ٩٩).

للمزيد عن استخدام تغيير التفكير نحو الأقليات وأثره على تخفيض درجة التعصب انظر (٣٣).

(*****) اعتمدنا فى وضع هذه الصياغة على كتابات «ألبرت أليس». ويلاحظ أن «أليس» يعتبر من أقوى الممثلين لهذا الاتجاه العقلانى فى العلاج النفسى. وقد كان ذى طاقة ونشاط هائلين سواء فيما يتعلق بممارسة العلاج فى

هذا الاتجاه أو البحث، أو المؤتمرات. ومن العسير وضع ثَبَت بمؤلفاته؛ لأنها تزيد على المائة.. غير أن من يود أن يرجع لبعض أفكاره العامة يمكن أن يطلع على المراجع الآتية: (٥٣، ٥٤، ٥٥، ٥٦) كذلك راجع للاستزادة عن أساليب العلاج المعرفى مجموعة المراجع التالية:

- Ellis, A. (1991). **The Revised ABC's Rational emotive therapy**. J. Of Rational Emotive and Cognitive - Behavior Therapy, q, (3) 139 - 172.
- Zarb, J. M. (1992). **Cognitive behavioral assessment and therapy**. New York: Bruner/ Mazel.
- Baucom, D. & Epstein, N. (1990) **Cognitive behavioral marital therapy**. New York: Bruner/ Mazel.
- Maser, J. D & Clonniger, C. R. (1989). **Co morbidity in anxiety amd mood disordes**. Washington, D. C. : American Psychiatric Piess.
- Beck, A. T. & Freeman, A. (1990). **Cognitive Therapy of personality disorder.** New York: The Guilford Press.
- Dimattia, D. (1993). RET in the warkplace. **Journal Of Rational Emotive & Cognitive Behavior Therapy**. 11 (1), 3 - 70.
- Lang, A, & Grieger, R. (1993). Integrating RET into management consuliting and training. **Journal of Rational Emotive & Cognitive Therapy**, 11 (1) 51 - 57.
- Kirby, P. (1990) RET Counseling: Applications in Management and Excecutive Development. **Journl of Rational Emaoive & Cognitive Behavior Therapy**, 11 (1), 7 - 19.

كذلك انظر:

عبد الستار إبراهيم (٢٠١١) **عين العقل: دليل المعالج المعرفى لتنمية التفكير العقلانى الإيجابى**. القاهرة: الأنجلو، وبه يجد القارئ مقياسين أحدهما بعنوان: المقياس العربى للأفكار اللاعقلانية، والثانى بعنوان: المقياس العربى للتفكير العقلانى ـ الإيجابى، وكلاهما يساهمان فى حل مشكلة تشخيص الأساليب المعرفية كنقطة بداية للتطبيق العلاجى.

الفصل التاسع

علاج دون معالج

الأساليب الحديثة فى العلاج الذاتى

تمهيد

أشرنا فى فصل سابق إلى أن إحساس المعالجين السلوكيين بحاجة الناس لطرق سريعة وفعالة لمساعدتهم على تنمية قواهم الذاتية، وتعديل أنماط وأساليب التكيف السيئة، التى تعلموها من خلال عمليات تشريط اجتماعى سيئ، جعلتهم (أى المعالجين) يفكرون فى ابتكار طرق سريعة وفعالة يمكن للمريض أن يمارسها بنفسه دون حاجة للالتجاء المستمر للمعالج إلا فى حالات وأوقات قليلة.

وتُناقش هذه الأساليب أحيانًا على أنها طرق للعلاج الذاتى، وأحيانًا أخرى توجيه ذاتى وأحيانًا ثالثة على أنها أساليب للضبط الذاتى. غير أنها تتفق جميعًا ـ بالرغم من اختلاف المسميات ـ فى أنها تستهدى بقوانين علم النفس ونظرياته والمعرفة النفسية بشكل عام فى تطبيق مبادئ العلاج ذاتها. بعبارة أخرى، فما قاله سقراط من قبل «اعرف نفسك» يتحول هنا ليصبح «عالج نفسك.. مستهديًا بقوانين المعرفة العلمية».

ولفترة قريبة، لم تكن أساليب الضبط الذاتى موضوعًا لتفكير المعالجين النفسيين على الإطلاق. ويبدو أن تأخر ظهور هذا المنهج إلى مسرح العلاج النفسى السلوكى، إنما يعود ـ إلى حد كبير ـ إلى سيطرة المنهج الطبى العضوى على حركة العلاج النفسى. فالعلاج النفسى فيما أشرنا فى مواقع متفرقة كان من حيث الممارسة مقتصرًا على الأطباء، ولا يزال الأمر كذلك فى كثير من الدول. والطبيب فيما نعلم يتبنى وجهة نظر عضوية فى علاقته بمريضه:

فالطبيب هو صاحب السلطة الرئيسية فى تشخيص المريض، ووصفه للدواء والعلاج، وما على المريض إلا أن ينفذ التعليمات ويتعاطى الدواء إن كان يريد العلاج.

هذا الفهم لطبيعة العلاقة بين المريض والطبيب انعكست آثاره على العلاج النفسى كما مثله فرويد. فالتحليل النفسى أيضًا يقوم على النموذج نفسه، المريض والمعالج: المريض السلبى والمعالج الإيجابى، الذى يفسر ويوجه. وفى هذا السياق قام ألبورت Allprot ـ من هارفارد إذ ذاك ـ فى سنة ١٩٦٠ بتحليل للبحوث الرئيسية فى علم النفس وأساليب العلاج النفسى، فوجد أن نسبة كبيرة من تصورات العلماء للإنسان كانت تراه ـ أى الإنسان ـ على أنه يخضع بشكل سلبى لقوى خارجة عن إرادته، تمامًا كما تفعل القطط والأرانب فى تجارب المختبرات.

وقد شهدت الحقبة الأخيرة من النمو فى علم النفس وأساليب العلاج النفسى، ما يشبه مراجعة النفس فيما يتعلق بحقيقة مواقفهم من مفاهيم تعوق خطى نموهم. فبدأنا نشهد رفضًا للتصورات السلبية للإنسان، وبدأ التاكيد على أن هناك حاجات فى داخل كل شخص تدفعه إلى الارتقاء وتحقيق الذات والتغيير من خصال شخصيته بأفعال مقصودة.

والحقيقة أن ذلك الاتجاه قد بدأ بجهد طائفة من المعالجين النفسيين الذين يُعرفون فى الوقت الحالى باسم طائفة علماء النفس الإنسانى Human psychol-ogists عندما أخذوا يعيدون تفسير نظريات العلاج النفسى بالتأكيد على قدرة الإنسان على توجيه نفسه ذاتها من خلال قدرته على التعلم الذاتى وتوظيفه لقدراته وإمكاناته(*). ويُعتبر «كارل روجرز» Carl Rogers من طائفة المعالجين الإنسانيين، وممن حاولوا الاستناد إلى معطيات علم النفس الحديث بوضع نظرية رئيسية فى العلاج النفسى تقوم على التوجيه الذاتى، والممارسة الشخصية لتغيير

(*) تماشيًا مع نظرة الإنسانية لا يستخدم «كارل روجرز» كلمة مريض، بل يفضل بدلاً منها كلمة عميل أو مُراجع Client.

السلوك. وتُعتبر نظريته أيضًا من أوائل النظريات التى قلبت العلاقة التقليدية بين المريض والمعالج، فجعلتها تنصب على المريض (أو العميل)(*)، بحيث يكون المريض هو صاحب الدور الأساسى والفعال فى عملية العلاج وتغيير الشخصية، ونمو هذا التغيير، بل إن «روجرز» يرى أن دور المعالج النفسى لا يزيد عن خلق شروط علاجية غير مباشرة، وغير موجهة، من شأنها أن تيسِّر فهم الذات. والنضوج النفسى السليم. وأكد «روجرز» أن نمو قدرات الإنسان الإبداعية، وقدرته على تنمية ذاته وتوجيهها فضلاً عن قدراته على الاختيار وحل المشكلات، أمور ليست ممكنة نظريًا وعمليًا فحسب، بل إنها جزء من قوانين الطبيعة، وهدف يجب أن يعلو كل الأهداف فى العلاج النفسى الناجح.

وقد أعطت حركة علماء النفس الإنسانى وتصورها للإنسان - أعطت دفعة قوية للعلاج السلوكى الحديث فى اتجاه فهم عمليات الضبط أو التوجيه الذاتى من خلال مفاهيم نظرية التعلم ذاتها، التى كانت فى شكلها التقليدى ترفض مثل هذه المفاهيم من قبل لعدم اتساقها مع منطق النظرية السلوكية القائم على تصور السلوك كمحصلة للشروط البيئية الخارجية بالشكل الذى وجدناه بها عند «بافلوف» و «سكينر». ولعل هذا ما يعبر عنه «باندورا» Bandura رئيس جمعية علم النفس الأمريكية السابق - بوضوح فى هذه العبارة:

«تمر النظرية السلوكية فى الوقت الحالى يتغيرات حاسمة. فمنذ سنوات اقتصر تصور علماء النفس السلوكى للإنسان على أنه كائن يستجيب - أساسًا - للتغيرات البيئية التى تشكل آليًا أفعاله وتحكمها. لكن نظرة متفحصة للإنسان تبين أنه أكثر فاعلية وأن تأثير البيئة لن يتم بشكل آلى. فالتغيرات التى كان من المعتقد أنها تؤثر فى السلوك بشكل آلى، يكون تأثيرها فى الحقيقة محدودًا ما لم يدعمها وعى الإنسان بها..(٣٧)».

«إن السلوك يخلق - جزئيًا - البيئة(*) بمقدار ما تؤثر البيئة فى ظهور السلوك وإبرازه. ولهذا فمن المهم أن نحلل كيفية تشكيل الإنسان للشروط البيئية

(*) يشير بهذا إلى أن تأثير البيئة الواحدة فى شخصين يختلف باختلاف الطريقة التى يدرك كل منهما بها بيئته وعالمه بالطريقة التى أشرنا إليها فى الفصل السابق عن تعديل أساليب التفكير.

التى تحكمه، بالقدر نفسه من الاهتمام الذى نوليه لدور البيئة والشروط المختلفة التى تحكم ظهور سلوك معين».

«إن من أهم الخصائص التى تميز الإنسان أنه يستطيع خلق تأثيرات فى ذاته نابعة من ذاته ومن توجيهه الذاتى لسلوكه. ومن خلال دوره كمؤثر وموضوع للتأثير فى الوقت نفسه يمتلك الإنسان قوة رئيسية فى توجيه ذاته»(٣٧).

لعل مغزى عبارة «باندورا» واضح للقارئ: إن حياة الإنسان تتوجه ذاتيًا وبأغراض، دون أن ينفى ذلك وجود قوانين سببية تضعها البيئة بشروطها الخاصة ودون تعارض بينهما.

وعلى هذا فهدف هذا الفصل ـ إذًا ـ هو تبسيط لبعض الأساليب أو التكنيكات التى ابتكرها المعالجون لمساعدة مرضاهم على تطوير ذواتهم ومواجهتهم لما يثور من مشكلات. ولكن علينا أولاً أن نعرض للأساس النظرى لهذه الأساليب كما تتبناه مدارس العلاج السلوكى الحديثة.

الرأى السلوكى الحديث فى مفهوم العلاج الذاتى

لنفرض أن شخصًا حاول جاهدًا الإقلاع عن تدخين السجائر فانتهت محاولاته للفشل.. فكيف نفسر ذلك؟

من التفسيرات المبكرة لذلك القول بأن هذا الشخص ليست لديه الإرادة الكافية للإقلاع عن التدخين. هذا ما يمكن أن يثور لأول وهلة. لكن لنفرض أننا تساءلنا: وما الدليل على ضعف إرادته؟ حسنًا! ألم يحاول أن يتبع خطة معينة ففشل؟ من الواضح ـ إذًا ـ أننا بهذا التفسير لم نفعل شيئًا إلا التحرك فى دائرة لا تنتهى بنا إلى حقائق نافعة. فنحن نفسر فشله بوجود إرادة ضعيفة ونستدل على ضعف إرادته بفشله فى الانقطاع عن التدخين.

والحقيقة أن هذا ما يؤخذ على التفسيرات القديمة المختلفة كالغريزة، وقوة الإرادة، وقوى التطور النفسى.. إلخ . إنها لا تضيف شيئًا لمعرفتنا، وتنطوى على خطأ منطقى كبير فى الاستنتاج، فنحن نفسر الشىء بشىء آخر يفسر نفس

الشىء الأول: «الفشل فى تدخين السجائر راجع لضعف الإرادة وضعف الإرادة راجع للفشل فى تدخين السجائر.. إلخ».

وهناك خطران يمكن أن تؤدى إليهما مثل هذه التفسيرات الدائرية.. فمن ناحية لا تنتهى بنا لأسباب واضحة تساعد على تقدم المعرفة العلمية، ومن ناحية أخرى قد يؤدى التفسير بقوة الإرادة أو ضعفها على المستوى العلاجى إلى فقدان حماس المريض وبالتالى فشل العلاج. فنحن عندما نبين له أن فشله راجع إلى ضعف الإرادة، فقد يقتنع بأن فشله يرجع لأمر ليس بإمكانه أن يغيره. فلِمَ المحاولة؟

ولعلِّى لا أبالغ إن قلت بأن كثيرًا من فشل الناس ـ الذين ألتقى بهم بين الحين والآخر ـ فى تعديل سلوكهم وتوجيهه فى مسار سليم إنما يرجع إلى أنهم يضعون أنفسهم فى أسْر تفسيرات من هذا القَبيل، ويفسرون أخطاءهم مرة بطريقة قدرية، ومرة بقوى لا تخضع لضبطهم، ومرة بوجود غريزة من هذا النوع أو ذاك، إلى غير ذلك من التفسيرات التى تدفع دفعًا قويًا للتقاعس واليأس وتقبل الأخطاء والعجز.

هل هناك تفسير آخر إذًا يمكن أن يكون أكثر إيجابية؟ أجل، وهو التفسير الذى تتبناه البحوث الحديثة. فمن وجهة نظر علماء السلوك المحدثين نجد أن عجز الشخص عن الإقلاع عن التدخين فى المثال السابق إنما يرجع إلى عدم معرفته بالشروط الملائمة للإقلاع عن التدخين، وبالتالى فإنه لم يضع نفسه فى الشروط أو فى المواقف الاجتماعية أو النفسية الملائمة التى يمكن أن تحول قراره إلى التنفيذ العملى. بعبارة أخرى، فإن قدرة الشخص على التعديل الذاتى لأفعاله وأنماطه السلوكية تُعتبر نتاجًا لمعرفته بالشروط المحيطة به وقدرته على تغييرها. وبهذا تزداد مهارة الشخص فى تعديل سلوكه، وتوجيه ذاته الوجهات التى يرغبها كلما ازدادت قدرته على معرفة الشروط الملائمة والحوادث السابقة لظهور السلوك والمدعمات التى يؤدى لها هذا السلوك. وبهذا المعنى لا تزيد قدرة الشخص على التعديل من سلوكه ذاتيًا عن كونها ببساطة: «**اعرف المتغيرات والشروط التى تحكم أفعالك وضع نفسك فيها**».

لهذا فإن النجاح فى تقوية جانب مرغوب من الشخصية أو تعديل جانب سيئ منها يجب أن يتم فهمها فهمًا واضحًا للعوامل المؤثرة فى السلوك مع التحكم فيها بطريقة تؤدى إلى التغيير المطلوب. ولعل هذا ما دفع «سكينر» إلى استنتاج أن محددات الضبط الذاتى ونجاحه جزء من محددات الضبط السلوكى بشكل عام:

«الإنسان قد يضبط سلوك إنسان آخر بإعداد شروط ملائمة لهذا الضبط(*). وبالمثل يمكنه أن يضبط سلوكه الذاتى بأن يضع نفسه فى شروط ملائمة تساعده على هذا الضبط. وعلى هذا، فإن الضبط الذاتى يتحدد من خلال خلق شروط تدعيمية مماثلة للشروط التدعيمية التى تطور بها أى سلوك آخر»(٤).

ومن ناحية ثانية، يتفق المعالجون السلوكيون على أن أساليب الضبط الذاتى تُكتسب من خلال عمليات تعلم اجتماعى ومهارة الشخص فى أن يضع نفسه فى شروط بيئية وبيولوچية قادرة على إحداث التغيرات المطلوبة، أو التحكم فى البيئة الاجتماعية والبيولوچية بحيث تتحول إلى الصورة المطلوبة من حيث إحداث التغير.

نماذج من أساليب الضبط الذاتى

هدفنا الأساسى هنا ـ إذًا ـ هو أن نبين أن عملية التغير العلاجى من خلال التوجه الذاتى أمر لا يمكن فصله عن الظروف البيولوچية والاجتماعية والمعرفية التى سبق وأن أفضنا فيها فى الفصول السابقة. كل ما هنالك أن خلق أو تغيير الظروف أو الشروط الضرورية لإحداث العلاج يتم من خلال قدرة الفرد على ممارسة التغيير بنفسه، وبتوجيه من معالجه.

ولهذا نجد أن كثيرًا من الأساليب العلاجية التى عرضنا لها فى الفصول السابقة يمكن أن تستخدم مع بعض التحوير بحيث يمكن للفرد أن يمارسها بجهده الشخصى، موجهًا عمليات العلاج بنفسه.

(*) الإنسان يضبط سلوك إنسان آخر من خلال خلق شروط ملائمة تساعده على إحكام قبضته مثل العقاب والترغيب، وخلق احتياجات فى الشخص الذى نرغب فى التحكم فيه، أو تدعيم استجابات الخضوع.

وينصبُّ جزء كبير من نشاط المعالجين السلوكيين على تحوير تلك الأساليب بحيث تصبح قابلة للممارسة الذاتية. وهكذا نجد أن التطورات المعاصرة فى العلاج الذاتى تنطلق تقريبًا من نفس مفاهيم تعديل الجوانب الوجدانية، والمعرفية، والسلوك، والاجتماعية بالشكل الذى استوعبته الفصول السابقة. وسنعرض فى الأجزاء الباقية من هذا الفصل نماذج من التحويرات التى تمت أو يمكن أن تتم فى هذه الأساليب بحيث يمكن استخدامها ذاتيًا.

١ - التعديل الذاتى للجوانب الانفعالية من الاضطراب

تعرضنا لأساليب العلاج السلوكى القائمة على مبدأ الكف المتبادل كالاسترخاء، والتطمين المتدرج وتأكيد الثقة بالنفس. ويمدنا المعالجون المعاصرون بعديد من الاقتراحات عن كيفية تحسين هذه الطرق بحيث يصلح استخدامها ذاتها.

فالاسترخاء، مثلاً يمكن استخدامه خارج عيادة المعالج وفى المواقف التى تستثير التوتر. ويتوقف على المعالج بعد أن يدرب مريضه على الاسترخاء المنظم أن يوضح له بعد ذلك أن هذا الأسلوب يستمد نفعه الأساسى إذا ما استخدمه المريض فى المستقبل عندما تواجهه مشكلات مماثلة لتلك المشكلات التى دفعته لطلب العلاج، بخاصة إذا ما كان طالب العلاج من النوع الذى يشمله الاضطراب والانفعال والقلق فى مواقف متعددة ليلاً أو نهارًا.

وقد رأينا نموذجًا لذلك حالة الشاب الذى عالجه «سالتر» فى الفصل الخامس. وتبين ملاحظات المعالجين السلوكيين فى هذا الصدد أن قدرة الفرد على ممارسة الاسترخاء فى المواقف التى تعتبر بالنسبة إليه موضوعًا لإثارة القلق والتوتر (كالحديث مثلاً أمام مجموعة من الأشخاص) ستساعد على مواجهة جوانب الإحباط التى قد تحدث بطريقة أكثر إيجابية. بعبارة أخرى، فإن السلوك (الاسترخاء) سيغير من طريقة إدراك البيئة فيحولها إلى عنصر أقل تهديدًا.

ويقترح كاوتلا Cautela وهو من مشاهير العلاج السلوكى الحديث ورئيس جمعية العلاج السلوكى سابقًا - طريقة تساعد على حل التوترات التى تنشأ فى

جو العمل لدى مرضاه ، فقد كان يقترح على طلاب العلاج ـ بخاصة إذا كان مصدر الاضطراب لديهم هو التوتر والصراع الذى يستثيره جو العمل ـ أن يجلس الشخص مسترخيًا على مكتبه فى العمل وأن يهتف بصوت عالٍ أثناء ذلك بكلمة «استرخ» لمدة ١٠ مرات. وكان يؤكد على مرضاه اتباع هذا الأسلوب مهما بدا له بسيطًا أو مستهجنًا. فإذا اتبع المريض التعليمات كان يطلب منه بعد ذلك أن يسترخى فى وضع واقف، وأن يمارس الاسترخاء فى المنزل مرة يوميًا على الأقل فى كلا الوضعين (الجالس والواقف). وفى كل مرة يطلب منه أن يقول لنفسه: «استرخ» بصوت عالٍ لعشر مرات فى هذين الوضعين، إلى أن تحدث رابطة بين كلمة التنبيه (استرخ) والاستجابة (اختفاء التوتر والاسترخاء). وبعد أن يتبين للمعالج أن المريض يستطيع الاسترخاء بنجاح فى كلا الوضعين، يؤكد له بعد ذلك ضرورة استخدام هذا الأسلوب فى كل مواقف القلق بعد ذلك(٤٩).

ومن الطريف أن «كاوتلا» قد أجرى عددًا من الدراسات التتبعية على الأشخاص الذين يستخدمون هذا الأسلوب بناء على توجيهه لهم، فتبين أنهم يتحمسون لهذا الإجراء ويحسون بفاعليته. كذلك تبين أن تدعيم الرابطة بين كلمة «استرخ» ووضع الاسترخاء يساعد على ممارسة الاسترخاء والتمكن منه بطريقة سريعة، حالما يهتف الشخص لنفسه فى موقف التوتر بكلمة «استرخ».

كذلك يُستخدم أسلوب التطمين المتدرج كأسلوب من أساليب العلاج الذاتى فى مواجهة المخاوف المرضية، ويكون ذلك بأن يقوم الفرد بتخيل المنبهات المثيرة للقلق بعد تدريجها وهو فى حالة من الاسترخاء.

وفى الولايات المتحدة، تدرج المنبهات المثيرة للقلق كالخوف من الثعابين أو الظلام، أو الامتحانات أو الحديث أمام الناس وتسجل على أشرطة تسجيل «كاسيت» وتُباع للمرضى أو للأشخاص الذين يرغبون فى التخلص من أعراض الخوف والقلق فى تلك المواقف وغيرها.. ويمكن أن يقوم بتشغيلها وهو فى وضع الاسترخاء إلى أن يتم له تحييد تلك المصادر من شحناتها الانفعالية الشديدة. وتبين بعض التجارب أن النجاح فى التخلص من الخوف من الثعابين مثلاً بهذه الطريقة (الاستماع لأشرطة التسجيل فى المنزل بوضع الاسترخاء)، يتساوى فى

تأثيره مع العلاج بطريقة التعرض للمنبهات الدافعة للخوف مباشرة أو مع المعالج. مما يدل على الإمكانات الجيدة التى يمكن أن تتطور لها أساليب العلاج الذاتى.

غير أن هناك بعض المشكلات التى تثور نتيجة لاستخدام أشرطة التسجيل فى عملية التطمين المتدرج. فمن ناحية لا يزال هذا الأسلوب فى بداياته الأولى. ومن ناحية أخرى يثير التسجيل مسألة تتعلق بالتفاوت فى تقدير المدرجات المثيرة للقلق. فقد يثير مدرج معين كتخيل ثعبان مرسوم على بطاقة بيضاء درجة أكبر من القلق لدى شخص دون شخص آخر. فضلاً عن هذا، لا يوجد اتفاق مطلق بين المرضى على المنبهات التى تستثير لديهم تلك المخاوف. فالخوف من مجابهة الآخرين بحديث أو خطبة ـ على سبيل المثال ـ قد يكون مصدره عند أحد الأشخاص هو حجم الجماعة، بينما يكون مصدره عند شخص آخر هو سلطة الأفراد الذين تتكون منهم هذه الجماعة. وقد ناقشنا هذه القضايا من قبل.

ولهذا، فمن رأينا أن يتم تدريج المواقف المثيرة للقلق لكل شخص على حدة، ومن خلال اقتراحات الفرد نفسه وبتوجيه المعالج، ثم يمكن أن تُسجل لكى تُمارس ذاتيًا بعد ذلك. فهذا أفضل من الحصول على «كاسيتات» معدة فى ظروف مختلفة ولأناس مختلفين.

أما أسلوب تأكيد الذات فهو بطبيعته أسلوب من أساليب الضبط الذاتى. أى أنه لايكتسب فاعليته إلا من خلال ممارسة الفرد نفسه لهذا الأسلوب ووضعه موضع التنفيذ العملى. صحيح أن المعالج قد يعلم مريضه بعض أساليب تأكيد الذات فى داخل العيادة أو مختبر العلاج السلوكى بطريق تمثيل الأدوار مثلاً، إلا أن نجاح أسلوب تأكيد الذات لا يتم إلا إذا حاول الفرد نفسه تعميم الاستجابات التى طورها مع معالجه إلى مواقف اجتماعية جديدة (كالأسرة أو العمل) ومع أناس آخرين (كالرؤساء والزملاء.. إلخ)، أى أن يمارس تأكيد الذات متعمدًا كلما شعر بأن غبنًا أو ظلمًا قد وقع عليه من الآخرين، بل إن كثيرًا من المعالجين مثل كاوتلا[٦] يرون أن التدريب المعملى من خلال توجيهات المعالج بطريقة تمثيل

الأدوار يجب أن يكون لاحقًا وليس سابقًا لاستخدام أساليب التأكيد الذاتى ذاتيًا، بخاصة عندما يفشل الفرد فى الممارسة الذاتية لتأكيد الذات.

٢ ـ العلاج الذاتى من خلال مراقبة الذات

منذ أن ابتكر فرويد نظرية التحليل النفسى أصبحت مفاهيم الاستبصار والوعى والشعور من أهم الأسس التى تتضمنها أية نظرية للعلاج النفسى. ولعل «فرويد» هو أول من أكد أن وعى الفرد بالحوادث التاريخية الانفعالية التى يمر بها يؤدى إلى تغييرات مباشرة فى سلوكه. كذلك أكد «كارل روجرز» دور الوعى فى فهم الفرد لذاته وتقبله لها. ولكننا رأينا أن معالجة «فرويد» لهذا المفهوم لم يؤد إلى نتائج علاجية ناجحة ذات شأن بسبب ربطه لعملية الاستبصار بخبرات طفلية قديمة. فالاستبصار عندد «فرويد» يشير إلى قدرة الشخص ـ من خلال المحلل النفسى ـ على الوعى بتشكيل شخصيته فى السنوات المبكرة من العمر.

ويستخدم المعالجون المعاصرون الوعى والاستبصار فى العلاج لكن بطريقة أخرى. فنقول بأن الشخص على استبصار بمشكلاته عندما يكون مدركًا إدراكًا دقيقًا للشروط السابقة لظهور المشكلة والنتائج أو الاستجابات البيئية التى يثيرها ظهور هذه المشكلة. لهذا يجب على المريض وعلى المعالج كليهما أن يقوما بجمع المعلومات الدقيقة السابقة لظهور المرض، وذلك قبل الدخول فى أى برنامج للتعديل أو العلاج السلوكى. وعندما يشترك المريض بتوجيه المعالج فى حصر المعلومات التى أدت لظهور اضطراباته، وأنواع التدعيم التى أدى لها ذلك، فإنه يقوم بعملية ملاحظة للذات، وهى مرحلة ضرورية من مراحل العلاج السلوكى بشكل عام.

لكن ملاحظة الذات (أو الكشف عن الذات) لا تُعتبر طريقة لجمع وحصر المعلومات الضرورية عن تكوُّن الأعراض، بل قد تؤدى ـ بمفردها ـ إلى بعض التغيرات السلوكية العلاجية. بمعنى أن الفرد عندما يلاحظ سلوكه أو يحاول أن يجمع المعلومات التى أدت لظهور أفعاله غير المرغوبة، فإن هذه المعرفة ـ مجرد المعرفة ـ قد تؤدى إلى تأثيرات مباشرة فى الأفعال أو السلوك الذى يلاحظه الفرد[٦٨].

وللمزيد من التفاصيل والإيضاح لنلاحظ ما يحدث أثناء ملاحظة الذات: إن الفرد عندما يحاول القيام بجمع المعلومات التى أدت إلى أنماطه السلوكية التى يرغب فى تعديلها، إنما يقوم فى الحقيقة بعملية انتقاء أو «غربلة» للشروط أو الأسباب المهمة ـ فى نظره ـ التى أدت إلى تكون الأعراض المرضية، فهو يبعد بعض الشروط الهامشية على بعض الشروط التى يرى أنها أساسية من حيث تأثيرها فى ظهور المرض أو استمراره. وهذه «الموازنة» بين الشروط المختلفة تعتبر فى حد ذاتها وظيفة إيجابية؛ لأنها ستضع إصبع الشخص مباشرة على الشروط المطلوب تعديلها أو ضبطها لتحقيق التغير. وستمنحه ـ فضلاً عن ذلك ـ وعيًا واستبصارًا جديدين بمواقف الحياة المؤثرة. فمن الطبيعى أنه سيحاول بعد أن عرف الشروط الرئيسية أن يتجنبها، أو أن يخلق شروطًا أخرى معارضة للشروط السيئة الأصلية، إلى غير ذلك من تصرفات مستقبلية.

وتتطلب ملاحظة الذات بالشكل العلمى أن يسجل الفرد فى كراسة خاصة الاستجابات أو أنماط السلوك المرضى عندما يلاحظ مباشرة. فهو يسجل مثلاً عدد المرات التى يشعر فيها بالرغبة فى تدخين سيجارة، أو تعاطى بعض الخمر، أو الرغبة فى السب والعداوة أو عدد المرات التى تتملكه فيها الأفكار الحوازية أو عدد الهلاوس السمعية التى يسمعها.. إلخ. ومثل هذا التسجيل يعوق ظهور السلوك غير المرغوب. وعلى سبيل المثال تبين فى إحدى الدراسات أن مجرد قيام الشخص بتسجيل عدد المرات التى يشعر فيها برغبة قوية فى تدخين سيجارة، يؤدى مباشرة إلى إعاقة التدخين. ولهذا نلاحظ فى مستشفيات الطب النفسى وعيادات العلاج النفسى فى الولايات المتحدة أنهم يستخدمون هذا الأسلوب فى العلاج من الإدمان على الخمر، والكحوليات، وغيرها من الأفعال القهرية.. بأن يكون لكل مريض لديه الدوافع فى التخلص من مشكلاته كراسة يسجل فيها ما يفعله إزاء هذه المشكلة يوميًا.

ولأن ملاحظة الذات تتطلب قدرة على التحكم فى التغيرات السلوكية التى تطرأ على الشخص، فإن هذا التحكم ـ فى اعتقادنا ـ يؤدى إلى خلق تغيرات آلية فى البيئة المحيطة بطريقة تجعلها تخلق تدعيمات إضافية فى الاتجاه المرغوب.

تصور ـ على سبيل المثال ـ أننا طلبنا من شخص يفتقر إلى تأكيد الذات فى المواقف التى تتطلب منه المعارضة أو الدفاع عن النفس، أو الاحتجاج على ظلم معين. فطلبنا منه كخطوة أولى من خطوات العلاج أن يسجل مباشرة عدد المرات التى قال فيها «نعم» أو «أوافق» على أمر أو حكم معين صادر له من زميل أو رئيس، وعدد المرات التى قال فيها «لا» أو «أرفض» هذه الأوامر أو الأحكام غير المقبولة. إن مجرد قيامه بتسجيل ذلك فى المواقف الحية يخلق ـ فى تصورنا ـ نوعًا من التعديل فى استجابات البيئة المحيطة به (الاهتمام والتساؤل عما يفعل.. إلخ) ومثل هذا التعديل أو الاهتمام الذى يظهر على الآخرين قد يتحول الى قوة أخرى تساعد الشخص على التغير الإيجابى.

ويكتشف الشخص من خلال ملاحظاته الذاتية أنه استطاع أن يتوصل للشروط الرئيسية التى تسهم فى تشكيل جوانب سلوكية وشخصية. وعندما يحاول مستقبلاً أن يتجنب الشروط السيئة، أو يخلق شروطًا جيدة، وعندما يكشف أنه نجح فى تحقيق بعض الأهداف: أى أن هناك أهدافًا أخرى تبلورت وشروطًا أمكن التغلب عليها، وشروطًا أخرى يجب التغلب عليها.. إلخ، فإن مثل هذا التغير سيكون بمثابة التدعيم الذاتى لممارسة تعديلات إضافية أخرى.. **فالنجاح فيما أشرنا يخلق نجاحًا آخر، والثقة بفاعلية الذات تخلق مزيداً من الثقة بها.**

وقبل أن ننتقل إلى وصف إحدى الحالات التى تم علاجها بنجاح باستخدام أسلوب الملاحظة الذاتية نجمل القول بأن هذه الطريقة تعتبر من الطرق ذات النتائج القوية فى تعديل السلوك. أما أسباب قوتها فمتعددة إلى حد كبير، وتأثيراتها فى السلوك تختلط بعوامل أخرى. وما زال الباحثون يجاهدون فى تحديد المتغيرات النوعية التى تساعد على كفاءة هذه الطريقة. غير أن جهد الباحثين فى هذا المجال، وزيادة علامات الاستفهام لا يجب أن تقلل من آثارها واستخداماتها فى ميدان العلاج الذاتى، حتى فى أكثر الحالات العقلية والنفسية اضطرابًا.. ولنتأمل معًا فيما يلى حالة توضيحية أمكن معها باستخدام أسلوب ملاحظة الذات والتسجيل تحقيق قدر رائع من النجاح.

حالة المرأة ذات الهلاوس السمعية

المريضة فى السابعة والأربعين من العمر تقيم فى مستشفى للطب العقلى فى الوقت الذى بدأت فيه محاولاتى العلاجية معها. شخَّصها الأطباء على أنها فصامية. ظلت محجوزة فى المستشفى لثلاثة عشر عامًا، وذلك بسبب هلاوس سمعية تحدث بصورة يومية متكررة ومطردة. وقد أدت هذه الهلاوس إلى حالة من الاكتئاب الشديد والقلق - ومن الغريب أن هذه الهلاوس تدخلت فى حياة هذه المرأة البائسة بطريقة لا تُطاق. لقد أصبح سلوكها كله محكومًا «بالأوامر» و «النواهى» التى تعطيها لها الأصوات. وبلغ ذلك إلى حد أنها لم تكن لتستطيع الذهاب للحمام لقضاء حاجاتها الحيوية ما لم تسمع تلك الأصوات تأمرها بذلك.

وعندما عرضت هذه المرأة مشكلتها للمعالج أظهرت كراهية شديدة لسيطرة هذه الأصوات عليها وأبدت رغبة قوية فى العلاج منها. وعبرت بصراحة بأنها لو استطاعت أن توقف تلك الأصوات، فإن مشكلتها الأساسية قد تُحل، وأنها ستصبح قادرة على التوافق الجيد بعد ذلك. كذلك أيدت الهيئة العاملة بالمستشفى هذا الحكم.

ولأن هذه المرأة أبدت دافعًا قويًا للعلاج، فلقد رأى المعالج أن يستخدم معها أسلوب ملاحظة الذات، وذلك لبساطة هذا الأسلوب فى التطبيق، ولأن المرأة أبدت رغبة فى التعاون مع المعالج فى تنفيذ التعليمات الخاصة بتسجيل التغيرات التى تسيطر عليها وملاحظة الذات.

طلب المعالج منها أولاً أن تسجل بطريقتها الخاصة عدد المرات التى تحدث فيها تلك الأصوات لثلاثة أيام متتاليات، ثم طلب منها بعد ذلك أن تسجل عَلَنًا أمام المريضات الأخريات فى العنبر على جدول، عدد المرات التى تسمع فيها هذه الهلاوس يوميًا. وقد وضع الجدول فى مكان ظاهر بحيث يمكن للمريضات الأخريات أن يلاحظنه. ونتيجة لهذا المكان الظاهر الذى وضع فيه الجدول كان يسهل على كل شخص فى العنبر أن يلاحظ مدى التقدم فى سلوك المريضة. فمن

الواضح إذًا أن الهدف من الجدول هو أن يعطى المرأة نتيجة فورية لتطورها. كما أنه كان يحرك عوامل التدعيم الاجتماعى من قِبل الممرضات والمجربين والعاملات بالمستشفى.. إلخ.

وقد تضمنت تعليمات المعالج للعاملين بأن يظهروا تشجيعهم بالمدح والاهتمام، والتشجيع كلما لاحظوا تناقصًا فى الهلاوس اليومية (تناقص الأصوات) وعندما كانت تفشل المرأة فى إنقاص هلاوسها، كان التدعيم الاجتماعى يتوقف.

ومن الطريف أن هذا الأسلوب قد أدى إلى تناقص ملحوظ فى الهلاوس السمعية لدى المرأة فى فترة قصيرة من الزمن. لقد قلت الأصوات والهلاوس من ١٨١ مرة فى اليوم الأول (الذى بدأت فيه المرأة بوضع علامة (✓) على الجدول فى كل مرة تسمع فيها الأصوات) إلى ١١ مرة فى اليوم الثالث. ولم تظهر أية هلاوس فى اليوم الرابع، ثم زادت بعد ذلك إلى ١٦ مرة، ثم قلت تدريجيا إلى أن وصلت الصفر.. واختفت الأصوات بعد ذلك تمامًا من حياة المريضة طوال فترة متابعتها لمدة ستة شهور ولحين نشر تلك الدراسة.

ومن الطريف أيضًا أنه بتناقص هلاوس المرأة حدثت تغيرات إيجابية أخرى فى سلوكها. لقد أصبحت أقل قلقًا، وقادرة على التفاعل الاجتماعى مع المريضات الأخريات. وتحسن مظهرها الخارجى. وبدأت تطالب بالبحث عن عمل. كذلك أصبحت تعبر بصراحة عن سعادتها وغبطتها إلى حد بعيد (كدليل على أن التغير فى الأعراض يشمل تغيرات إيجابية أخرى فى الشخصية ككل).

وغنى عن القول، إن هذه الدراسة تقدم برهانًا قويًا على أن ملاحظة الذات وتسجيل السلوك يؤديان إلى تعديل كثير من الاضطرابات، حتى ما ينتمى منها إلى عالم الأمراض العقلية.

وبالقدر نفسه من المهارة يمكن - بالطبع - استخدام أساليب الملاحظة الذاتية بالشكل السابق فى حالة المرأة ذات الهلاوس السمعية فى علاج وتعديل كثير من الجوانب السلوكية المرضية، ويتم بالفعل استخدام هذا الأسلوب من أجل زيادة الوقت الذى نكرسه للعمل (والمذاكرة) وضبط السُّمْنة بملاحظة التناقص

اليومى للوزن وتسجيله، وعلاج مشكلات الأطفال فى المدارس كالبكاء الذى ليس له سبب، وذلك بوضع علامة (✓) فى جدول أمام الطفل فى كل مرة يبكى فيها دون سبب. وحديثًا أمكن تطويع أسلوب الملاحظة الذاتية فى علاج المخاوف المرضية من الأماكن المغلقة لدى مريضة، وذلك بسؤالها أن تحصى الزمن الذى تقضيه فى مكان مغلق (حجرتها) باستخدام ساعة إيقاف، مما أدى إلى ازدياد تدريجى فى الزمن الذى تقضيه فى الأماكن المغلقة بشكل عام. كما أمكن للكاتب أن يمارس هذا الأسلوب لزيادة الوقت المخصص لكتابة بحث مطلوب فى فترة زمنية محدودة. فأمكن تخصيص ٦ ساعات يوميًا تقريبًا للكتابة (بعد أن كان الوقت المستخدم لذلك لا يزيد على ساعة ونصف الساعة يوميًا وبطريقة متقطعة).

والجميل فى أسلوب الملاحظة الذاتية هو بساطته ونتائجه الإيجابية فى زيادة السلوك المرغوب ومحو السلوك غير المرغوب فى فترات محدودة لا تتجاوز السنة فى الحالات المعقدة، وتصل إلى أسابيع قليلة فى حالات أخرى، فضلاً عن إمكانية استخداماته فى تعديل قطاعات متنوعة ومتعددة من الاضطرابات، بما فى ذلك الاضطرابات التى تصيب الناس العاديين (كالسمنة، أو الهروب من النشاطات الإبداعية كالكتابة) والعصابيين (كالمخاوف المرضية) والمرضى العقليين (كالهلاوس والأفكار المسيطرة). كما يُستخدم كطريقة لتخفيض ارتفاع ضغط الدم، وذلك بتشجيع الفرد على قياس ضغطه بنفسه ثلاث أو أربع مرات يوميًا فى مواقف مختلفة وتسجيل ذلك على بطاقة أو جدول يمكن أن يعده الفرد بنفسه؛ ولهذا تُباع أجهزة ضغط الدم فى الوقت الحالى بأسعار زهيدة للجمهور لتشجيع عمليات العلاج الذاتى.

٣ - ملاحظة النماذج واستخدام التعلم بالقدوة

فى إحدى التجارب المبكرة «لباندورا» Bandura و «روس» Ross (٣٧) كان يُسمح لمجموعة من الأطفال بمشاهدة التليفزيون الذى يعرض لهم مجموعة من الأفلام القصيرة المعدة بطريقة خاصة، تصور شخصًا يتصرف بعنف وغلظة مع دُمْية من المطاط. فكان يركلها بقدميه، ويصفعها على الوجه ويشكها بدبوس، ويمزقها من الخارج. ويرميها قطعًا... قطعًا.

وبعد هذه المشاهدة كان الأطفال يعرضون لخبرة إحباطية بأن تُعطى لهم مجموعة جذابة من اللعب، ثم تُجمع منهم قبل أن ينتهى لعبهم بها. وعندئذ يُنقلون إلى حجرة أخرى بها دُمًى وعرائس من المطاط تشبه نفس الدمى التى كانت موضوعًا للعدوان فى المشاهدة التليفزيونية السابقة. وسجلت الملاحظات لسلوك الأطفال.

لقد تبين أن الأطفال أخذوا يتصرفون نحو هذه الدمى بنفس العدوان والغلظة التى شاهدوا الشخص يقوم بها. ولقد تعلموا من المشهد التليفزيونى أن يتصرفوا بعد الإحباط بالعدوان، والضرب، واللكم، والصفع، والتمزيق.

ويطلق العلماء على هذا النوع من التعلم: التعلم بالقدوة أو المحاكاة؛ لأن الشخص هنا اكتسب شيئًا من خلال ملاحظته لشخص آخر يقوم به، دون أن يقوم به هو بالضرورة.

ولقد أمكن توظيف هذا المبدأ فى اكتساب كثير من أشكال السلوك. فإذا كان الشخص يحاكى النماذج السيئة من السلوك خلال ملاحظة الآخرين يقومون بفعلها كما فى مثال «العدوان» السابق؛ فإنه قادر أيضًا على أن يحاكى النماذج الصحية والفعالة من السلوك. فالإنسان من خلال ملاحظته للآخرين يستطيع أن يتعلم كثيرًا من المهارات الاجتماعية، والطلاقة اللغوية، والتعاون، والفنون الإدارية.

ويمكن الاهتداء بهذا المبدأ بوحى من الذات من خلال ملاحظتك للنماذج الناجحة التى تقوم بجوانب من السلوك تشعر بينك وبين نفسك أنك تحتاج فيها للتدريب. لكن حاول أن تحدد أولاً المشكلة التى تعانى منها، ثم انظر إلى بيئتك لكى تختار منها النماذج التى تعتقد أن أداءها لنفس **السلوك - المشكلة يعتبر** من وجهة نظرك ومن وجهة نظر الآخرين ناجحًا، ثم لاحظ أداءهم وحاول أن تمارسه عمدًا.

وهناك كثير من الأشياء التى تساعد على التعلم الاجتماعى السريع من خلال القدوة.. منها أن تكون القدوة ناجحة وقوية بسبب المعايير الاجتماعية السائدة. ومنها الانتباه والاهتمام لسلوك القدوة خصوصًا التفاصيل.. والكيفية التى يؤدى

بها السلوك.. ومنها التنويع من مصادر الملاحظة والاطلاع على نماذج متنوعة كملاحظة النماذج الناجحة، والممثلين والأساتذة الناجحين، والقادة، فضلاً عن الدراسة والقراءة عن نماذج السلوك البشرى الذى نريد الوصول إليه.

ويساعد الأداء الفعلى للسلوك على إتقان تعلمه... بخاصة إن كان هذا السلوك مركبًا من عدد كبير من الاستجابات المتشابكة. فتأكيد الذات فى العلاقات الاجتماعية بالآخرين لا يتم بين يوم وليلة من خلال ملاحظتك لأستاذ ناجح يحاضر تلاميذه أو من خلال ملاحظتك لممثل سينمائى يؤدى دورًا مع شخص من الجنس الآخر... إنما لا بد فضلاً عن ذلك أن تتعلم هذا السلوك بالممارسة العملية... حتى وإن كانت صعبة فى البداية. ويجب بعد ذلك أن تحاول القيام بعملية تخطيط للسلوك الجديد تساعد على إتقان تعلمه. ويتم ذلك بأن تكافئ نفسك إذا ما نجحت فى أداء بعض التصرفات الجزئية المؤدية للهدف... وهو ما يقودنا للحديث عن المجموعة الأخرى من أساليب العلاج أو التوجيه الذاتى.

٤ ـ إثابة الذات والتدعيم كطريقة للعلاج الذاتى

إذا كانت مجرد الملاحظة الذاتية تُعتبر مصدرًا خصبًا لتعديل السلوك بطريقة ذاتية، فالأمر صحيح كذلك بالنسبة إلى تدعيم الذات عند ظهور السلوك الجديد البديل للسلوك المرضى. والخلاف بين الملاحظة الذاتية والتدعيم الذاتى أنه فى الملاحظة الذاتية يقوم الشخص بمراقبة تصرفاته ـ التى يعتقد بخطئها أو بآثارها المرضية السيئة على شخصيته ـ إلى أن يتوقف ظهور هذه الأمراض أو يحل محلها سلوك آخر. أما التدعيم الذاتى فيمكن للشخص أن يستخدمه بعد أن يتكون السلوك المرغوب. ويتم تدعيم الذات بأن يقوم الشخص بإثابة نفسه فورًا عند ظهور السلوك المرغوب. وخير مثال على هذا الطالب الذى يكافئ نفسه بكوب من الشاى أو فنجان من القهوة أو الذهاب إلى السينما أو الالتقاء بالأصدقاء بعد أن يكون قد نفذ خطة مكنته من قضاء وقت ملائم لإنهاء بحوثه أو دروسه.

وفى ميدان العلاج النفسى الذاتى أصبحت طرق الإثابة أو التدعيم الذاتى جزءًا رئيسيًا من العلاج يوصى به المعالج فى مشكلات سلوكية متعددة كالتدخين، والقلق الجنسى (أى القلق فى حضور الجنس الآخر)، والاكتئاب، والوساوس، وتسلط الأفكار غير المنطقية على تفكير الشخص... إلخ.

ولكى يزداد استبصارنا بتطبيق هذا الأسلوب فى هذه المجالات الآنفة الذكر، قد يحسن أن نستشهد ببعض الدراسات الملائمة لهذا الغرض. ومن أوائل الدراسات التى أُجريت للكشف عن أهمية هذا الأسلوب دراسة تمت سنة ١٩٦٧ فى الولايات المتحدة على يدَىْ «جاتمان» Gutmann و «مارستون» Marston وقد استعانا بالطلبة الذين يعانون من مشكلة التدخين، وقالا إنهما اختارا هذه المشكلة بالذات؛ لأن هؤلاء الطلاب كانوا يرغبون فى الإقلاع عن التدخين، وحاولوا ذلك من قبل ولكنهم فشلوا. وقد قسم الباحثان الطلاب إلى مجموعتين: الأولى وقد أطلقا عليها المجموعة التجريبية وتتكون من ١٥ شخصًا طلب الباحثان من أفرادها أن يدخن كل منهم سيجارتين إذا ما نجح فى التوقف عن التدخين لمدة أربع ساعات متتاليات (إثابة ذاتية أو مكافأة للذات). وقد طلب الباحثان من أفراد هذه المجموعة أيضًا أن يسجل كل من أيام التجربة. أما المجموعة الثانية وتسمى بالمجموعة الضابطة فلم يطلب من أفرادها القيام بالإثابة الذاتية (التدخين عقب النجاح فى التوقف عن التدخين)، ولكن طلب منهم أيضًا تسجيل التناقص اليومى فى التدخين. وقد بينت هذه النتائج أنه على الرغم من أن الدراسة استغرقت فترة قصيرة، فإن أفراد المجموعة الأولى نجحت فى إنقاص السجائر بشكل مطرد، بينما لم يحدث تغيير يذكر فى المجموعة الضابطة (٤١).

ويزعم باحثان آخران أن أسلوب المكافأة الذاتية نجح فى إيقاف القلق النفسى لدى مجموعة من الطلاب ممن وصفوا علاقاتهم الاجتماعية بأنها مصدر «عنيف» للقلق والتوتر، لدرجة أنهم كانو يضطرون عندما يتبادلون الحديث مع الزميلات بطريقة تضعهم فى كثير من جوانب الحرج والاكتئاب. فى هذه الدراسة طلب الباحثان من الطلاب أن يسجلوا مدى تقدمهم فى التخلص من القلق فى المواقف المتدرجة موقفًا وراء الآخر، على أن يستخدموا شتى أساليب الإثابة

وتدعيم الذات (بما فى ذلك مدح النفس) كلما نجح الواحد منهم فى مواقف أخرى لا تتعلق بالتفاعل مع الآخرين. ولم ينجح الواحد منهم فى تخطى القلق فحسب، بل تبين أيضًا أنهم استطاعوا أن يتخلصوا من القلق فى مواقف أخرى لا تتعلق بالآخرين، كالخوف من الامتحانات ومن الرسوب فضلاً عن ازدياد الثقة بالنفس وغير ذلك. (المرجع السابق(٩).

وفى تعليق الباحثين على ذلك أكدا أنه ليس ضروريًا للتقليل من آثار القلق فى موضوع معين أن تقوم بتغيير الشخصية ككل، كما أن من الممكن التخلص من كثير من المشكلات المماثلة بتدعيم الذات عندما تنجح فى تحقيق الأهداف المرسومة.

وقد نجح «ألبرت أليس» الذى عرضنا لنظريته فى العلاج المنطقى فى الفصل السابق، نجاحًا كبيرًا فى تشجيع مرضاه على استخدام المكافأة أو الإثابة الذاتية عند النجاح فى التخلص من الأفكار والاتجاهات الانهزامية، ويقول فى هذا الصدد:

«لقد نجحت شخصيًا فى مساعدة مرضاى فى السنوات العشر الأخيرة على التخلص من المعتقدات غير المنطقية من خلال تشجيعهم على تدعيم أنفسهم بشىء مرغوب (كالطعام أو الشراب، أو التنزه) بعد أن ينجح الواحد منهم فى الدحض المستمر للاعتقادات الخاطئة التى تتملكه وتؤدى للمرض والهزيمة، وعندما كان يفشل الواحد منهم كنت أحضه على عقاب الذات كمنبه غير سار (كالقيام بالنظافة المنزلية، أو أداء تمرين رياضى ممل، أو المساهمة فى نشاط جماعة أو حزب سياسى مخالف لقيم الشخص) إذا فشل الشخص منهم بالعمل على دحض معتقداته المرضية يوميًا(٥٦).

وقد يتساءل القارئ، هل من الأفضل أن تأتى المكافأة أو الإثابة عند النجاح فى تحقيق هدف علاجى معين، من الخارج (الآباء والمعالجون، والمدرسون، أم من الذات؟ هنا أيضًا تفيد بضع دراسات فى تقديم إجابة جيدة عن هذا السؤال: فقد تبين أن التدعيم الذاتى لا يقل فاعلية عن التدعيم البيئى أو الخارجى من حيث التأثير فى تأكيد ظهور السلوك التكيفى الجديد. أما إذا راعينا الفاعلية

على المدى الطويل، فإن التدعيم الذاتى يتفوق على التدعيم من الخارج من حيث إنه يؤدى إلى آثار علاجية تستمر وقتًا أطول، مما لو كان مصدر التدعيم آتيًا من البيئة، بل إن كثيرًا من المعالجين يرون أن فاعلية التدعيم تتوقف فى الحقيقة على قدرة الشخص على أن يتحول بها إلى تدعيمات داخلية أو ذاتية، عندما يكون التقدم فى العلاج مصدرًا لسعادة الشخص وراحته الذاتية بدلاً من إسعاد المعالج أو إرضائه.

ويرتبط بالتدعيم الذاتى ما يسمى بعقاب الذات . وقد رأينا نموذجًا له فى عبارة «أليس» التى سبق ذكرها توًا. فقد رأينا أنه كان يكلف مرضاه بواجبات منزلية ثقيلة عندما يفشل الواحد منهم فى تحقيق الهدف المنشود للعلاج. وقد أمكن لأحد المعالجين السلوكيين فى إحدى عيادات العلاج النفسى بأمريكا أن يستخدم أسلوب عقاب الذات فى علاج عيوب الكلام واللجلجة، وذلك بأن ابتكر جهازًا يصدر أصواتًا منفرة (صفير حاد ومتقطع كالذى سمعه على محطات التليفزيون والإذاعة قبل بدئها) إذا ما قام الشخص بالضغط على زرار معين مثبت بالجهاز. وقد تبين أن هذا الأسلوب قد نجح نجاحًا ملحوظًا فى علاج اللجلجة إذا ما قام المريض بتشغيل الجهاز عندما يبدأ فى التهتهة أثناء قراءته لموضوع معين بصوت عالٍ. وقد أدى النجاح فى استخدام هذا الجهاز إلى تعميمه بحيث أصبحت أمثال هذه الأجهزة تعطى للمرضى فى المستشفيات لاستخدامها وتشغيلها فى حالات الهلاوس السمعية والبصرية. كما أمكن تطوير أجهزة مماثلة تعطى صدمات كهربائية خفيفة ويمكن للشخص أن يديرها بنفسه عندما يتعرض لسيطرة تلك الجوانب المرضية من السلوك. ولقد أمكن ـ على سبيل المثال ـ إعطاء مريض فصامى كان يشكو من وجود هلاوس سمعية جهازًا سهل الحمل لتوجيه صدمات كهربائية خفيفة. وكانت التعليمات التى طُلب من المريض تنفيذها هى أن يوجه لنفسه صدمة كهربائية حالما يسمع تلك الأصوات. وفى خلال بضعة أيام قرر المريض بأن تلك الهلاوس قد توقفت. فضلاً عن هذا، استطاع المريض الخروج من المستشفى بعد خمسة وثلاثين يومًا بعد أن توقفت تلك الهلاوس التى أدت به إلى الالتحاق بالمستشفى عددًا من المرات[٦٨].

وتقييمنا الخاص للدلائل المتوافرة الآن هو أن توظيف العناصر الذاتية ـ بما فيها الملاحظة الذاتية ومكافأة الذات أو عقابها ـ فى العلاج ـ قد أحرز قوة واضحة فى السيطرة على كثير من الاضطرابات وبقليل من الجهد، وبتجنب كثير من المشكلات الخلقية التى قد يثيرها العلاج السلوكى بشكل عام.

والأسلوب الآخر الذى أود أن أناقشه هنا قبل أن نختتم الحديث عن أساليب العلاج الذاتى يتعلق بما شرحناه فى الفصل السابق، والمتعلق بالتعديل المعرفى.

لقد حاولنا أن نعرض صورة أمينة عن تعديل أساليب التفكير والاتجاهات غير المنطقية، فتبين لنا أن هذا المجال من المجالات الواعدة فى العلاج السلوكى. ولأن تعديل أساليب التفكير يُعتبر ـ بطبيعته ـ أسلوبًا من الأساليب التى تزداد فاعليتها إذا ما حاول الفرد ممارستها بوحى من إرادته الخاصة؛ فإن تحوير تلك الأساليب للاستخدام فى ميدان العلاج الذاتى كان ميسورًا وحافلاً بكثير من الابتكارات والطرق الخلاقة.

من الأفكار الأساسية فى النظرية المعرفية أن الإنسان يسلك بحسب ما يفكر. وفى ميدان ممارسة العلاج الذاتى ينصبُّ جزء من دور المعالج على تدريب الأشخاص لتعديل محتوى أفكارهم (**أى ما يقولونه لأنفسهم**) فى مواقف الحياة المختلفة، بخاصة المواقف التى تستثير الاكتئاب، والقلق، والمخاوف، وعدم الثقة.. إلخ. ذلك لأننا نعرف ـ مما عرضناه من قبل ـ أن كل تصرف عصابى كالقلق مثلاً من التعبير عن النفس أمام الآخر، إنما يتأكد من خلال الأفكار التى يرددها الشخص بداخله. فما يردده الشخص، ومجموع حواراته الداخلية مع النفس، هى التى تثير شتى المشاعر فى شتى المواقف. ولأمر ما تنبه الأدباء والروائيون منذ القدم إلى ما تلعبه الحوارات الداخلية فى توجيه الشخصية. إن مسرحيات «شكسپير» ـ على سبيل المثال ـ تمتلئ بأنماط وشخصيات تمارس تلك الأحاديث الداخلية «المونولوجات» عند التعرض للكثير من جوانب النشاط كالعدوان (عند «عطيل») والوشاية (عند «إياجو») والاكتئاب (عند «هاملت»).

وفى ميدان العلاج الذاتى يُطلب من الشخص أن يتبنى محتوى من العبارات الداخلية ذات طابع تكيفى قبل تعرضه لمصادر القلق والاكتئاب، كأن يستعيض

الشخص عن العبارة «ما سأقوله تافه ومثير للسخرية» قبل إلقائه لخطاب أو إعلانه عن رأى أمام مجموعة بعبارات ذات محتوى تكيفى، مثل «لا بأس من الكلام، ولا يهم ما سأقوله، بل يجب أن أقوله».

ومن الطرق المرتبطة بأسلوب تعديل المحتوى الفكرى والحوار الداخلى، ما يُسمى **بالإيقاف المتعمد للأفكار غير المرغوبة**؛ إذ يطلب المعالج من طالب العلاج أن يفكر بطريقة متعمدة فى الفكرة التى تسبب له التعاسة والضيق (إننى إنسان غير مفيد، أو أن أهلى يريدون التخلص منى، أو إننى فقدت جاذبيتى وقدرتى على التأثير فى الآخرين.. إلخ)، ثم يطلب منه بعد ذلك أن يشير بإصبعه عندما تكون الفكرة قد تبلورت. وفور ظهور الإشارة الدالة على تكون الفكرة وتبلورها، يأمره المعالج بصوت عالٍ أن: يتوقف الآن عن هذا. وتبين الحالات التى استُخدمت معها هذه الطريقة أن الفكرة التى تتكون عندما يهتف المعالج «توقف» تختفى من الذهن.

أما لماذا تختفى الفكرة أو التصور المرضى عندما يأتى الأمر بالتوقف، فالأمر بسيط وسبق أن أشرنا إلى المبدأ الذى يفسره، ولكن فى إطار آخر. لقد سبق أن تحدثنا عما يسمى بمبدأ الكف المتبادل، وبينَّا أن الشخص لا يمكن أن يكون قلقًا ومطمئنًا فى وقت واحد، أى أنه لا يمكن أن يشعر بشعورين متناقضين فى الوقت نفسه. ولهذا فنحن نعلمه أن يسترخى عندما يواجهه تهديد نفسى معين. وهذا الاسترخاء يكف قلقه أو تخوُّفه الذى اعتاد أن يواجه به مثل هذه التهديدات. والأمر نفسه ينطبق هنا على مجالات التفكير. فالشخص لا يمكن أن يفكر فى فكرتين فى وقت واحد، أى فكرته المرضية وتركيزه على صوت المعالج وهو يهتف: توقف! وبالطبع من الممكن استخدام هذا الأسلوب ذاتيًا بأن تُستبدل أوامر المعالج بأوامر من الذات. وقد سجل «ولبى» نجاحًا عندما طبق هذا الأسلوب على نفسه، إثر تعرضه لمشكلة قوية مع شخص معين تملكته بعض الأفكار، وبعض الوساوس الملّحة بأنه عالج المسألة بطريقة خرقاء. مما أدى بهذه الفكرة أن تشغل ذهنه، وتستغرق تفكيره طوال اليوم. لهذا حاول فى مساء اليوم نفسه أن يقوم بعملية علاج ذاتى بأسلوب بلورة الفكرة التى تبعث على الضيق «معالجة المشكلة بطريقة

خرقاء»، مع الهتاف العالى «توقف». وفى تعليق «ولپى» على ذلك يقول: على الرغم من أن الأسلوب لم يثمر معى فى البداية ربما بسبب سيطرة انفعالى الشديد وضيقى بالموقف، فإنه أمكن لى أن أحقق نجاحًا كاملاً فى اليوم التالى. لقد أُزيلت وساوسى وانمحت تمامًا(١٣٥).

تلك إذًا هى بعض الوسائل المستخدمة على نطاق واسع لمساعدة الناس على توجيه ذواتهم وتعديل جوانب سلوكهم، وأفكارهم واتجاهاتهم، وانفعالاتهم بحيث تمكن السيطرة على كثير من أفعال القلق والخوف والاكتئاب وغيرها من اضطرابات قد استنتجنا ـ دون شك ـ آثارها المدمرة على حياة الإنسان. وهناك الكثير من هذه الأساليب ولكنها أكثر تعقيدًا من الناحية التكنيكية بما لا يناسب هذا المجال.

أما وقد أصبحت لدينا الآن بعض الحقائق الرئيسية عن هذا الميدان، فقد بقى تعليق أو تعليقان يتطلبان الإضافة.. فمن ناحية قد تأخذ هذه الأساليب مظهر البساطة والهزل، لكن فاعليتها لن تظهر على الإطلاق ما لم تحمل محمل الجد الخالص، والجهد فى تنفيذها. عندئذ ستتحول بساطتها الظاهرة الى أمر مستساغ ومفيد.

ثم إن هناك بعض الجوانب الإيجابية التى صاحبت ظهور أساليب العلاج الذاتى. فمن ناحية لا يقتصر استخدام هذه الطرق على حالات المرضى أو المحجوزين فى المستشفيات، أو الذين يذهبون للأطباء النفسيين طلبًا للعلاج من المخاوف المرضية المحددة، بل إنها تُستخدم بنجاح كبير فى مختلف أنواع الاضطرابات وسوء التكيف طالما وجد الدافع للتغيير.

إننا ننظر إلى تلك الأساليب على أنها مظهر من مظاهر التطور فى حركة العلاج السلوكى، ومن ثم أصبح من الواضح أنه لن تكون هناك مشكلات أخلاقية تثار ضد العلاج السلوكى بنفس الحدة التى كانت تُثار بها من قبل. فالشخص الذى يمارس هذه الأساليب يأتى طالبًا المشورة شخصيًا، كما أنه يتصرف وفقًا لإرادته الخاصة الحرة. إنه يأتى وهو مستعد لأن يفعل ما يستطيع لكى يتخلص من تعاسته. وهو عندما يمارس هذه الأساليب التى يمارسها المعالج النفسى بقيمه واتجاهاته، قد يمارسها بطريقة قد تكون مصدرًا للتحوطات الخلقية.

وعلى أية حال، فنحن نشعر بالرضا التام إن كنا قد نجحنا فى أن نقدم فى هذا الكتاب للقارئ ما يكفى أن يطلعه على صورة من صور الانتصار العلمى فى ميدان كان من العسير - بسبب وجود تاريخ طويل من الخرافة أحيانًا، والخداعات شبه العلمية أحيانًا أخرى - أن يقدم العلم فيه انتصارًا مماثلاً لانتصاراته فى الميادين الأخرى. ورغم أن النصر قد يبدو ضئيلاً إذا ما قيس بالمشكلات المثيرة للتحدى التى مازالت تطرحها الحياة بدأب، فإننا نعتقد أن جهد المحاولة، وبعض النتائج المتجمعة تبشر بأن هذا الأسلوب من الأساليب الواعدة والفعالة فى العلاج النفسى الحديث.

تعليقات

(*) للاطلاع على نظريات وآراء «كارل روجرز» يمكن الرجوع بين عشرات المؤلفات والكتب إلى الكتابين الذين احتويا على أفكاره الرئيسية.

- A - Rogers, C. (1942): **Counseling and psychotherapy: Newer Concepis in Practice.** Boston: Houghton.

  Rogers, C (1951): **Client - Centered therapy: 1st current implications,** and therapy. Boston: Houghton.
- Bandura A. (1969): **Principels of behavior modification**: New York: Holt.
- Skinner, B. F. (1966): **Science and human behavior**. New York: Macmilan.
- Cautela, J. R. Treatment of compulsive behavior by covert sensitization **Psychological Reeord**. 16, 33 - 41.
- Cautela, J. R. 1969 behavior therapy and self - control. In c. Franks and co. Whilson (eds) **behavior therapy: Appraisal and status**. New York: Mc Graw - Hill)pp. 323. 240).
- Hagen, R. (1975): behavior therapies and the treatment of schizophenics. **schizophrenia Bulletin**, 13, pp. 70 - 96.

- Gutman, M. & Marston, A. (1967): Problems of subjects moth-vation in a behavioral program for the reduction of cigarette smoking. **Psychological Reports**, 20, 1107 - 1114.

الباب الثالث

العلاج السلوكى لبعض الاضطرابات النفسية والعقلية

الفصل العاشر: العلاج السلوكى ومشكلات الطفل.

الفصل الحادى عشر: الاضطرابات العصابية والقلق.

الفصل الثانى عشر: العلاجات السلوكية والاضطرابات العقلية: الفصام بخاصة.

الفصل الثالث عشر: البرامج السلوكية الشاملة والعلاج الأسرى ودورهما فى علاج اضطرابات السلوك الفصامى.

الفصل العاشر

العلاج السلوكى ومشكلات الطفل

ما الإسهامات التى يتفرد بها العلاج السلوكى فى ميدان اضطرابات الطفولة ومشكلات الأطفال؟ وما الأساليب الفنية التى يستخدمها المعالجون السلوكيون فى مواجهة مشكلات الطفل وأمراض الطفولة؟ هذه هى بعض الأسئلة التى سيجيب عنها هذا الفصل.

نماذج من اضطرابات الطفولة ومشكلات الطفل

مفهوم الطفولة كما سنستخدمه هنا يمتد ليشمل كل الفترة الزمنية التى تتراوح منذ الولادة حتى بداية المراهقة. أما عن مفهوم اضطرابات الطفل، فهو يشمل كل ما يدفع الطفل أو آباءه، أو المحيطين به فى المؤسسات الاجتماعية والتربوية والأسرة إلى طلب نصيحة المتخصصين وتوجيهاتهم المهنية للتخلص من جوانب السلوك موضوع الشكوى. وسنتعرض فيما يلى لأهمية العلاج السلوكى للطفل، وأنواع المشكلات التى تواجه الأطفال وتحتاج للعلاج النفسى ـ السلوكى.

الحاجة لعلاج الطفل

من الميسور دائمًا الحكم على البالغين بالاضطراب وعدم النضوج عندما نلاحظ تقاربًا بين أنواع ما يصدر منهم من سلوك وما يصدر عن الطفل. إننا فى مثل هذه الحالات نصفهم بعدم النضوج والاضطرابات بسبب صفاتهم الطفلية. لكن عندما تصدر مثل هذه التصرفات من الأطفال فإنها قد تكون شيئًا مقبولاً ومناسبًا لعمره، ومتطلبات مرحلة النمو التى يمر بها، وما تتطلبه هذه المرحلة من تغيرات فكرية، وانفعالية، واجتماعية. لهذا يحذرنا علماء العلاج النفسى ـ السلوكى(*)(1) من الاندفاع والعجلة فى وصف طفل معين أو دمغه بالاضطراب.

(*) االأرقام بين الأقواس تشير إلى أرقام المراجع فى نهاية الفصل الحالى.

ومن ثَم وجب على المعالج النفسى أن يكون ملمًا بقوانين النمو وتطور الطفولة حتى يسهل عليه معرفة ما يحتاج من سلوك الأطفال إلى تدخل مهنى (طبى أو نفسى) بسبب شذوذه وعدم ملاءمته لمتطلبات النمو، أو ما يحتاج إلى التجاهل أو الإغفال - أو حتى التشجيع - بسبب انسجامه مع تلك المتطلبات.

إن كثيرًا من الاضطرابات كالعدوان، والحركة الزائدة، والتحطيم، والبكاء، والتبول اللاإرادى واضطرابات النوم.. وهى المشكلات التى تسبب إزعاجًا للأسرة، قد تكون لدى كثير من الأطفال تعبيرًا يتناسب مع الفترة الزمنية التى يمر بها الطفل. ومن ثَم فإنه لا يجوز وصفها بالشذوذ، أو المرض، والمشاكسة.

لكننا ممكن - اعتمادًا على ما يردنا من بحوث عالمية - أن نقرر أن هناك كثيرًا من المشكلات التى تصدر عن الأطفال لا تكون مطلبًا من مطالب النمو ولا تنسجم مع التطور الزمنى للطفل وما يصحبه من تطور انفعالى أو عقلى أو اجتماعى، ومثل هذه المشكلات التى قد يتفاقم بعضها لدرجة ممكن وصفها بالاضطراب أو الشذوذ وتتزايد مخيفًا. ففى دراسة أمريكية (Tuma)(٢) تبين أن نسبة ١١٪ من الأطفال فى الولايات المتحدة (أى قرابة ٨ ملايين طفل) يعانون من اضطرابات نفسية وعقلية. وتؤكد تلك الدراسة أن هذه النسبة تزداد عن ذلك بكثير إذا ما ضممنا لهذه الفئة الأطفال الذين يعانون من الاضطراب الذى لم يشتد لدرجة تثير الحاجة لطلب العلاج. والأطفال الذين يعانون من مشكلات التخلف العقلى ومشكلات التعلم. ولا يوجد فى مجتمعاتنا العربية - فى حدود علم الكاتب - إحصاءات أو دراسات شاملة تمكننا من تقدير انتشار الاضطراب بين الأطفال ومداه. إلا أننا نعتقد أن التغيرات الاجتماعية والسلوكية المتخصصة فى مجال اضطرابات الطفولة لا تمكننا من التفاؤل الشديد. وبناء على ممارستى السابقة فى إحدى العيادات النفسية فى البلاد العربية نجد أن ما يقرب من ٦٥٪ من الحالات التى تفد للعيادة طلبًا للخدمة النفسية والطبية هى للأطفال. وتمتد الشكاوى فى مثل هذه الحالات لتشمل مشكلات، هى - كما سنرى فيما بعد - فى صميم التخصصات النفسية - السلوكية. ولهذا، فإننا نعتقد أن الحاجة لوجود خدمات نفسية - سلوكية أمر ضرورى ومطلب من مطالب النمو بهذا التخصص.

أنواع الاضطرابات التى يعانى منها الأطفال

تتنوع المشكلات والاضطرابات المتعلقة بسلوك الطفل. ومن إحدى الطرق للإلمام بهذه المشكلات وأنواعها ومدى انتشارها، التركيز على معرفة ما يرد للمتخصصين من الأطباء وخبراء العلاج النفسى فى المستشفيات والعيادات العامة والمؤسسات الاجتماعية والتربوية من حالات لمعرفة أنواع الاضطراب التى تصدر عنها ثم تصنيفها.

وإذا ما قبلنا بالتوصيف الذى يضعه لنا المرشد الطبى النفسى الأمريكى(٣) لهذه الحالات، فإن من الممكن تحديد فئات رئيسية لاضطرابات الطفولة:

١ - **مشكلات متعلقة بالنمو:** التخلف العقلى أو الدراسى، ومشكلات النمو اللغوى، صعوبات التعلم.

٢ - **مشكلات متعلقة باضطراب السلوك:** الإفراط الحركى (الحراكية) Hypertension، العدوان - تشتت الانتباه - التخريب - الجنوح - الكذب - الانحرافات الجنسية.

٣ - **مشكلات القلق:** قلق الانفصال Seperation Anxiety - القلق الاجتماعى - تحاشى أو تجنب Avoidance Disorders الاحتكاك بالآخرين.

٤ - **الاضطرابات المرتبطة بسلوك الأكل والطعام:** Eating Disorders: الهزال أو النحافة المرضية Anorexia Nervosa - النهم - السُّمْنة Obesity - التهام المواد الضارة Pica.

٥ - **اللوازم الحركية:** Tics نتف الشعر - مص الأصابع - قضم الأظافر.

٦ - **اضطرابات الإخراج:** التبول اللاإرادى Enuresis - التغوط Encopresis.

٧ - **اضطرابات الكلام واللغة:** التهتهة - البكم - الحُبْسة الصوتية.

٨ - **اضطرابات أخرى:** ذهان الطفولة - السلوك الاجترارى (٤).

ولا يعنى هذا أن تقسيم هذه الفئات المرضية الذى تتبناه جمعية الطب النفسى الأمريكى أن هذه الفئات يستقل بعضها عن البعض الآخر. فهذه الفئات تتداخل فيما بينها، مما يجعل هذا التقسيم لا يعدو عن كونه مطلبًا من مطالب التبسيط العلمى الذى لا يخلو ـ أحيانًا ـ من بعض العيوب.

اضطرابات نوعية

لكن من أحد المطالب الرئيسية للعلاج السلوكى هو عدم الاكتفاء بوضع الاضطرابات أو الأعراض أو الشكاوى فى فئات عريضة بالشكل السابق. إن المطلب الأول للبدء فى أى برنامج للعلاج السلوكى للطفل هو أن تحدد ـ بالضبط ـ السلوك الذى ترغب فى علاجه تحديدًا نوعيًا. فالمعالج السلوكى ـ على سبيل المثال ـ لا يقبل وصف اضطراب طفل معين بالدوران. ويفضل بدلاً من ذلك مظاهر سلوكية مثل: يستخدم ألفاظًا قبيحة ـ يضرب أخته ـ يعتدى على أبويه بالضرب ـ يبصق ـ يخطف الأشياء من أمام زملائه ـ يحطم أثاث المنزل ـ يشعل النيران ـ وإلى غير ذلك من جوانب السلوك التى قد توصف بالسلوك العدوانى. وبالمثل، فالمعالج السلوكى يفضل استخدام جوانب سلوكية، مثل: يخاف من الظلام ـ يشعر بالسخونة فى المدرسة.. وذلك بدلاً من وصف الطفل بأنه يعانى من عصاب القلق أو تنتابه المخاوف..

ويحتاج المعالج السلوكى أن يدرب نفسه جيدًا على مثل هذه الصياغات السلوكية، وسنرى فيما بعد الفوائد التى يجنيها المعالج من هذه الصياغات السلوكية النوعية، من حيث سهولة ملاحظة المشكلة وتقييمها ومن حيث متابعة خطة العلاج ومدى فاعليتها.

وعلى العموم، فإن أنواع المشكلات التى يعانى منها الأطفال ـ وفق المفهوم السلوكى ـ تتنوع وتتعدد بتعدد المظاهر السلوكية التى تستثير قلق البالغين وقلق المعالج على السواء. ويبذل ـ لهذا ـ المعالجون السلوكيون جهدًا كبيرًا فى وضع قوائم تحليل سلوكى نوعى للاضطرابات السيكياترية الشائعة. فعلى سبيل المثال، وضع «ولبى Wolpe» و «لانج Lang» (٦)، ما يُسمى بقائمة مسح المخاوف

الرصينة Fear Survey Schedule، وهى تتكون من ٧٤ بندًا تمثل مخاوف شائعة بين الأطفال كالثعابين، والأماكن المظلمة، والأصوات العالية، والسلطة، والاجتماع بالآخرين، والتحدث مع الغرباء... إلخ. ونستخدم ـ من ناحيتنا بالعيادة السلوكية بكلية الطب ـ جامعة الملك فيصل،قائمة مشكلات الطفل التى تتكون من ٧٥ مشكلة نوعية يقوم المعالج من خلالها بتقييم حدوث كل مشكلة منها على مقياس يتراوح من ١ (لا تنطبق) إلى ٣ (تنطبق أو تشيع بشدة فى سلوك الطفل). ويمكن للقارئ أن يتجول فى هذه القائمة حتى يطّلع على بعض أنواع المشكلات التى يعانى منها الأطفال فى العيادات النفسية (انظر جدول ٤، ص٢٩٩).

إجراءات العلاج السلوكى للطفل

هناك تقريبًا ست خطوات نحتاج للقيام بها لتنفيذ خطة العلاج السلوكى بطريقة التدعيم، وهى تشكل فى مجموعها الإجراءات المتبعة نفسها فى تقدير وتقييم الاضطرابات النفسية والسلوكية للطفل وخطط علاجها لدى زوار العيادات النفسية السلوكية بأقسام الطب النفسى.

الخطوة الأولى: تحديد السلوك المحورى

السلوك المحورى هو السلوك الذى نريد علاجه وتعديله. وقد يكون هو الشكوى المباشرة أو السلوك الذى يتفق المعالج مع المريض أو الأسرة على أن التعديل منه سيؤدى إلى تغييرات رئيسية فى السلوك. ومن المطلوب أن نحدد السلوك المحورى تحديدًا نوعيًا. وقد أشرنا إلى أن استخدام عبارات مثل مكتئب أو مندفع، أو لديه ضعف فى الشخصية لا تكون مقبولة، لأن من المطلوب وضع جوانب الشكوى فى شكل مظاهر سلوكية يمكن ملاحظتها ومتابعتها وتقييم جوانب التقدم فيها. مثلاً (بدلاً من ضعف الشخصية يمكن أن يُقال إنه يعجز عن التواصل البصرى أو لا يعبر عن غضبه عندما تُخرق حقوقه).

وبعد تحديد السلوك المحورى يجب أن تكون لدى المعالج والأهل والطفل جميعهم صورة واضحة ـ من خلال البيانات والمعلومات التى أمكن جمعها بملاحظة الطفل ـ كيف يتدخل هذا السلوك فى صحة الطفل وسلامة الآخرين، ورفاهية جميع الأطراف.

الخطوة الثانية: وضع طريقة لقياس تواتر السلوك ومقدار شيوعه

ويتطلب ذلك - بالطبع - جمع ملاحظات أو بيانات عن عدد المرات التى يظهر فيها السلوك. ويمكن لهذا الغرض أن تُستخدم وسائل الملاحظة والاستمارات المعدة خصيصًا لذلك.. وذلك حتى نصل لما يسمى بحد الانتشار Base Line. أى نسبة شيوع السلوك المطلوب علاجه.

جدول (٤): قائمة المشكلات السلوكية

اسم الشخص/ الطفل: .... عمره: .... تعليمه: ....

التشخيص الطبى: .... المستوى العقلى: ....

التعليمات: العبارات التالية تعبر عن المشكلات لدى بعض الأطفال. المطلوب قراءة كل عبارة منها وتحديد ما إذا كانت تنطبق أو تظهر فى سلوك الشخص أعلاه خلال الأسبوع الماضى. الإجابة تكون بوضع دائرة حول رقم العبارة الملائمة.

السلوك	دائما	احيانا	نادراً	السلوك	دائما	احيانا	نادراً	السلوك	دائما	احيانا	نادراً
يبدو حزينا وغير سعيد	١			يصيح ويصرخ	٢			يتبول على نفسه بالنهار	٣		
يخجل	٤			يرتمى على الأرض	٥			يتبول على نفسه ليلاً	٦		
ينقاد بسهولة	٧			يهدد ويهين	٨			يتبرز على نفسه	٩		
ينعزل عن الآخرين	١٠			يضرب ويعتدى	١١			يمص أصابعه	١٣		
يبكى	١٣			يشتم بألفاظ قبيحة	١٤			يعض أو يأكل أظافره	١٥		
يخاف من الناس	١٦			يخبط الأبواب والنوافذ	١٧			ينتف شعره	١٨		
يخاف من الظلام	١٩			يحطم الأثاث	٢٠			يأكل القاذورات	٢١		
يخاف من الحيوانات	٢٢			يمزق ويقطع	٢٣			يلعب بأعضائه التناسلية	٢٤		
يخاف من أشياء أخرى	٢٥			يعض	٢٦			يكشف عن عورته	٢٧		
يؤذى نفسه باللطم إلخ..	٢٨			يجادل	٢٩			يلعب جنسيًا بطرق بذيئة	٣٠		
ينام متقطعًا	٣١			يلح	٣٢			يهمل واجباته المدرسية	٣٣		
يستيقظ مفزوعًا	٣٤			يسرق	٣٥			يهرب من المدرسة	٣٦		
يكثر من النوم	٣٧			يكذب	٣٨			أداؤه المدرسى فى التدهور	٣٩		
يستيقظ مبكرًا ولا ينام	٤٠			يرمى أشياء على الناس	٤١			يشكو من آلام بالبطن	٤٢		
تصيبه كوابيس ليلا	٤٣			يبصق ويتفل	٤٤						
لا يظهر غضبه	٤٦			يرفض الانصياع للأوامر	٤٧			يتقيأ	٤٨		

(تابع) قائمة المشكلات السلوكية لدى الطفل

السلوك	دائما	أحيانا	نادراً	السلوك	دائما	أحيانا	نادراً	السلوك	دائما	أحيانا	نادراً
يكتم ضيقه	٤٩			يتعارك	٥٠			يشكو من الصداع	٥١		
لا يدافع عن نفسه	٥٣			يحب أن يغيظ	٥٣			يتعلق بأمه	٥٤		
تجرح مشاعره بسهولة	٥٥			ينفجر بالغضب	٥٦			يتعلق بأبيه	٥٧		
يتهته بالكلام	٥٨			يكثر من الحركة والتنطيط	٥٩			يلتصق بالكبار	٦٠		
يصعب عليه الكلام	٦١			لا يستمر فى نشاطه	٦٣			يتعجرف على الأطفال	٦٣		
يتكلم بطريقة لا تفهم	٦٤			لا يكترث لما يقال له	٦٥			يفزع بسهولة	٦٦		
يخشى الخروج من البيت	٧٦			يتشتت انتباهه	٦٨			ينزع ملابسه علنًا	٦٩		
يتحدث مع نفسه	٧٧			يضحك مع نفسه بسرعة	٧١			لايأكل جيداً	٧٣		
لا يستجيب للأطفال	٧٣			لا يستجيب للأقارب	٧٤			وزنه يتناقص	٧٥		
لا ينتبه	٧٦							يأكل بشراهة			

* أى ملاحظات أو مشكلات تحب أن تضيفها.. أضفها هنا

....

....

وتساعد هذه البيانات على تحقيق هدفيْن رئيسيين:

١ ـ تبين لنا ـ كميًا ـ مقدار شيوع هذا السلوك بما فى ذلك الأوقات أو الظروف التى ترتبط بزيادة أو نقص حدوثه.

٢ ـ تعطينا فرصة لمتابعة التطورات العلاجية بهذا السلوك وبذلك يمكننا تقييم الخطط العلاجية المستخدمة بكل دقة.

الخطوة الثالثة: السوابق واللواحق

نحتاج فى هذه الخطوة إلى التحديد الدقيق للظروف السابقة أو المحيطة بالطفل عند ظهور السلوك غير المرغوب.

مثال: الطفل يتهجم على الأم فى الأوقات التى تكون فيها مشغولة بنظافة أو إطعام أو مداعبة أخته الصغرى.

وتتطلب هذه الخطوة أن نستكشف من خلال دراسة الحالة ولقاء الأبوين متى بدأ هذا السلوك الخاطئ فى التكوين.

مثلاً: بدأ الطفل يستخدم أسلوب البصق منذ سنة عندما لاحظ أن والده قد فعل ذلك مرة مع أحد الإخوة، أو عندما ضحك الأب فى السابق عندما رأى الأخ الأصغر يبصق على أمه.

كذلك يجب أن نحدد الاستجابات البيئية إثر ظهور السلوك غير المرغوب.

مثلاً: قام الأب بضربه أو شتمه عندما رآه يبصق.

وتمثل الاستمارة المرفقة (**السوابق واللواحق السلوكية جدول (٥) فى الصفحة التالية**) نموذجًا جيدًا لتقدير الاستجابات البيئية لسلوك المرضى. وبالنظر إلى هذه الاستمارة نجد أنها تغطى هذه الجوانب:

١ ـ أنواع السلوك مصدر الشكوى (ضرب ـ شتائم ـ بصق.... إلخ).

٢ ـ تاريخ حدوثه.

٣ ـ الوقت الذى استغرقه.

٤ ـ مع من حدث (الأب ـ الأم ـ أحد الإخوة ـ الزملاء).

٥ ـ كم مرة يحدث فى اليوم (بالاستعانة بالبيانات الواردة فى استمارة الملاحظات وحد الانتشار(Base Line Data).

٦ ـ ما الذى حدث قبل ظهور السلوك (انشغال الأم عنه، حضور الأب من الخارج ـ رفض طلب له ـ إثر مشادة ـ بعد توبيخه أو معايرته ... إلخ).

٧ ـ كيف استجاب الآخرون (كالأسرة أو المدرس أو المشرف) للسلوك (الأمر بأن يسكت ـ تقييد الحركة ـ الضرب).

٨ ـ ما المكاسب التى جناها الطفل من جرَّاء سلوكه الخاطئ (حصل على اللعبة التى كانت موضوعًا للشجار ـ عدم الذهاب للمدرسة.... إثارة غيظ الأسرة).

جدول (٥) (استمارة ملاحظة)

السوابق واللواحق السلوكية

اسم الشخص: ....

التعليمات: فيما يلى بعض جوانب السلوك أو المشكلات التى تصدر عن البعض. من المطلوب أن تقرأ ما هذا السلوك وأن تضع دائرة حول إحدى العبارات المرصودة بالخانة الأولى من الجدول التالى.. املا بقية الخانات بحسب ما هو محدد فى كل منها:

م	السلوك	تاريخ حدوثه	الوقت الذى إستغرق	كم مرة فى اليوم	ما الذى حدث قبل ظهور السلوك	الاستجابة اللاحقة من الشخص أو الآخرين	ما هى المكاسب التى عادت عليه من جراء السلوك	اكتب هنا أى ملاحظات أرتبطت بظهور المشكلة
١ ٢ ٣ ٤ ٥ ٦ ٧ ٨ ٩ ١٠ ١١	ضرب أو اعتداء تحطيم ملكية شتائم إضرار بالنفس هروب بكاء وصراخ فزع تحرش رفض الاستجابة لأمر التبول أو التبرز اللإرادى على النفس مشكلات أخرى				١ ـ إثر رفض الطلب ٢ ـ إثر توبيخه ٣ ـ إثر نهيه عن شىء ٤ ـ إثر مشادة ٥ ـ إثر اللعب مع الإخوة ٦ ـ أحد الأفراد خاطبه بصوت عال ٧ ـ قبل الذهاب للمدرسة ٨ ـ الإشغال عنه ٩ ـ تجاهلنا طلبه ١٠ ـ معايرته ١١ ـ مقارنة بأحد إخوته	١ ـ الأمر بأن يسكت ٢ ـ تهديد ٣ ـ تقييد الحركة ٤ ـ الخصام ٥ ـ إثر نهيه عن شىء ٥ ـ إثر اللعب مع الإخوة ٦ ـ أحد الأفراد خاطبه بصوت عال ٧ ـ الضرب ٨ ـ سؤاله عن سبب المشكلة ٩ ـ التوسل أن لا يفعل ذلك ١٠ ـ توجيه انتباهه لنشاط بديل	١ ـ الانتباه له ٢ ـ الاستيلاء على شىء ٣ ـ عدم الذهاب للمدرسة ٤ ـ الهروب من أداء الواجب ٥ ـ عدم التنظيف ٦ ـ عقاب أحد الإخوة ٧ ـ عدم النوم فى الوقت ٨ ـ تغيير مكان النوم ٩ ـ أى مكاسب أخرى تراها	مثلاً: ١ ـ مولود جديد غيره ٢ ـ انفصال مرتقب عن الأسرة ٣ ـ شكاوى جسمية ٤ ـ تغييرات بيولوجية كالعادة الشهرية عند الفتيات ٥ ـ مشادات فى الأسرة ٦ ـ طلاق ٧ ـ زواج حديث ٨ ـ أيام العطلات ٩ ـ أيام الدراسة

(تابع) استمارة السوابق واللواحق

م	السلوك	تاريخ حدوثه	الوقت الذى استغرق	كم مرة فى اليوم	ما الذى حدث قبل ظهور السلوك	الاستجابة اللاحقة من الشخص أو الآخرين	ما المكاسب التى عادت عليه من جراء السلوك	اكتب هنا أى ملاحظات ارتبطت بظهور المشكلة
					١٢ ـ قبل النوم ١٣ ـ الإعداد لاستقبال زائرين ١٤ ـ الإعداد للخروج ١٥ ـ حوادث أخرى..	١١ ـ الربت على جسمه ١٢ ـ تغيير موضوع الحديث ١٣ ـ أشياء أخرى تذكر		١٠ ـ التعرض لزائرين أو غرباء ١١ ـ أوقات معينة بالليل أو النهار ١٢ ـ أى تغييرات جديدة خاصة بالأسرة أو الشخص أو العمل تذكر.

(*) أى ملاحظات أو تخمينات ترتبط بظهور المشكلة (غيرة ـ صراع بين الأبوين ـ طلاق ـ عطلة ـ عادة شهرية ـ احتمالات ممارسة عادة سرية... إلخ).

(**) استخدام استمارة مستقلة لتقييم كل مشكلة سلوكية على حدة.

الخطوة الرابعة: برنامج العلاج والخطة العلاجية

أنت الآن فى وضع يمكنك من تصميم الخطة العلاجية. فقد اكتملت لديك صورة واضحة عن أنواع السلوك المرضى (المحورى) التى تريد أن تعالجها... وأصبحت لديك بيانات وافرة عن شيوع هذا السلوك، المكاسب التى يجنيها منه الطفل... فضلاً عن هذا توافرت لديك بيانات عن التدعيمات السابقة والتدعيمات اللاحقة والتى تسهم فى تقوية هذا السلوك. يصبح الطريق ممهداً للخطة العلاجية التى يجب أن تتضمن ما يأتى:

أ ـ تحديد الأهداف النوعية: التى تتطلع لإنجازها. ويفضل المعالجون السلوكيون أن يتم تحديد هذه الأهداف **بشكل إيجابى**.

مثال: بدلاً من أن يكون الهدف هو:

«التقليل من الشتائم والألفاظ النابية بنسبة ٥٠٪ فى الأسبوع الأول» يصوغ المعالج الهدف بالشكل الآتى:

«ازدياد نسبة الابتسام، أو الحوار اللفظى بنسبة ٥٠٪ فى الأسبوع الأول».

مثال آخر: بدلاً من التوقف عن المجادلة «قل: «ازدياد نسبة الإصغاء» أو «ازدياد نسبة إلقاء الأسئلة» أو «ازدياد السلوك الدال على التعاون». (حدد ذلك نوعيًا).

وضح فى الخطة الشروط أو الوسط الذى سيحدث خلاله السلوك الإيجابى، فضلاً عن تحديد محكات أداء هذا السلوك الإيجابى.

مثال: إذا كان الهدف هو ازدياد السلوك التعاونى فى الأسبوع الأول بنسبة ٥٠٪، تكون محكات هذا الازدياد مثلاً: (أ) الوقت الذى يقضيه الطفل.. مع والدته فى المطبخ، (ب) عدد المرات التى ينقل فيها بعض الأدوات المنزلية إلى أماكنها المعدة لها، (ج) كم مرة قام بترتيب سريره فى الأسبوع. (د) يساعد الأم فى تنظيف أو مداعبة الأخ أو الأخت الصغرى.

بعبارة أخرى، يمكن تقدير محكات السلوك الإيجابى إما فى شكل تحديد مقدار الوقت أو الزمن الذى يقضيه فى أشياء مرتبطة بهذا السلوك، أو بإحصاء عدد أو كمية النشاطات السلوكية المتنوعة التى يمكن تفسيرها بشكل إيجابى فى فترة زمنية (خلال كل ساعة مثلاً).

ب - **أشرك الوالدين والطفل فى وضع البرنامج**: فمن خلال التعاون معهما يمكن أن تحدد المدعمات الإيجابية والسلبية التى ستعوق ظهور السلوك المرغوب أو تيسر ظهوره.

ج - **استعن بقائمة التدعيمات اللفظية أو المصورة** (جدول٧، ٨). وحاول فى اختيار هذه المدعمات أن تكون ملائمة للعمر ومتنوعة وأن تقدم حسب خطة التدعيم، وأن تكون لاحقة أو مرافقة لأى تغيرات مرتبطة بظهور السلوك الإيجابى.

د - وجِّه انتباه الوالدين إلى ضرورة **الإكثار من التدعيم عند ظهور** الجوانب المرغوبة.

هـ ـ يجب أن تتضمن الخطة كل **الأساليب الفنية** (انظر جدول ٧) التى ستُستخدم لتدعيم ظهور السلوك المرغوب، وإيقاف أو تقليل السلوك غير المرغوب.

مثلاً: سيستخدم الأبوان طريقة الإبعاد المؤقت لمدة خمس دقائق فى المطبخ إذا بدأ فى نوبات الغضب أو الاعتداء.

مثال آخر: سيقوم الطفل بتنظيف أوانى المطبخ إذا لم يبدأ فى عمل واجباته المدرسية فور الانتهاء من طعام الغداء.

و ـ ينبغى أن تشتمل الخطة أيضًا على خطة زمنية لتقييم هذا البرنامج... وكن متسقًا مع الأبوين فى ذلك.. وشجعهما على الاتساق مع الطفل فى ذلك.

الخطوة الخامسة: بناء توقعات علاجية

وتتضمن هذه الخطوة عدة اقتراحات، منها:

أ ـ تشجيع **الاتجاه الإيجابى لدى الطفل والأسرة** بأن السلوك الإيجابى والتغيير سيحدثان حتمًا. شجع الأسرة على خلق شروط تساعد على ظهور أنواع السلوك الإيجابية المرغوبة أكثر من التركيز على مراقبة وعقاب السلوك غير المرغوب.

مثلا: جلسات أسرية ـ ثلاث مرات أسبوعيًا لمدة نصف ساعة ـ يحجم خلالها الأبوان عن التأنيب أو النقد. ويتبادلون الحوار خلالها عن الأشياء الإيجابية التى يتمتع بها الطفل وأفراد الأسرة الداخلون معه فى عملية التفاعل. يتخلل هذه الجلسات بعض النكات المرحة، والقرب البدنى والربت.

مثال آخر: أى سلوك أو نشاط يصدر عن الطفل ويمكن اعتباره إيجابيًا سيؤدى إلى مكافأة الطفل إما لفظيًا أو بدنيًا أو بتسجيل هذا السلوك فى كراسة معدة خصيصًا لذلك.

ب ـ ينبغى تقسيم السلوك ـ الهدف ـ إلى أقسام أو خطوات فرعية ـ مع تشجيع كل خطوة عند ظهورها:

مثلاً: عندما لا يظهر لدى الطفل ما يدل على أى سلوك سلبى (غضب مثلاً أو إلحاح، أو نحيب) لمدة ١٥ دقيقة سنذهب لنحاوره أو نتبادل معه بعض الأحاديث الودية بهدف إثابته على ذلك وزيادة هذه الفترة. سيزداد هذا الزمن تدريجيًا كل أربعة أيام.

مثال آخر: سيقوم الأبوان أو المشرف بتدعيم الطفل إيجابيًا (**حسب الخطة**) كلما ظهر منه ما يدل على التبادل فى العلاقات الاجتماعية (مثلاً عندما يلاعب أخته الصغرى، أو عندما يعرض القيام بعمل شىء أو أداء نشاط مفيد).

مثال آخر: ستحدد للطفل قائمة بنشاطات أو واجبات صغرى أو بسيطة ينتهى أداؤها دائمًا بالنجاح.. وإثابته على ذلك لإذاقته طعم النجاح فى العمل. ويمكن الاستعانة بوضع هذه النشاطات من خلال الملاحظة أو من القائمة المرفقة فى جدول(٦).

<table dir="rtl">
<tr><th colspan="4">جدول رقم (٦)
قائمة نشاطات يمكن استخدامها
لخلق فرص النجاح أمام الطفل لأن أداءها ينتهى بالنجاح</th></tr>
<tr>
<td>ترتيب الأوانى
تقليب الصحيفة أو المجلة
وضع بعض الكتب فى أماكنها الصحيحة
الاستماع إلى أغنية أو الأخبار
قراءة فى جريدة أو خبر أو مجلة
رواية خبر سمعه توًا
ترتيب مكان...
عمل الواجبات المنزلية</td>
<td>غسل وعاء
عمل شاى أو قهوة
كنس حجرته
كنس حجرة أخرى
كنس المطبخ .. إلخ
نقل طبق أو صحن لمكانه
التعاون مع أحد أفراد الأسرة فى..
تشغيل الراديو أو التليفزيون</td>
<td>إطفاء الراديو أو التليفزيون
إطفاء الأضواء
إشعال الأضواء
تنظيف السيارة
الكتابة
تعلم خبرة جديدة
حفظ
تذكير
شراء أشياء من الخارج</td>
<td>تنظيف طفل آخر
غسل الملابس
تجفيف الملابس
تطبيق الملابس
ترتيب أرفف
طبخ
تذكيرنا بشىء معين .. إلخ.</td>
</tr>
</table>

ج ـ ساعد الطفل على ابتكار أو **ممارسة نماذج سلوكية معارضة للسلوك الخاطئ** أو المرضى.. بحيث لا يمكن أداؤه مع السلوك المعارض، ويستحيل حدوثه منطقيًا وفعليًا للتناقض والتعارض بينهما.

مثال: لتجنب نتف شعر الرأس أو الحاجب سيُطلب من الطفل تبليل يديه أو ضمهما معًا، أو استخدامهما فى أداء أى نشاط أطول مدة ممكنة (لا يمكن للطفل أن ينتف شعره بينما يداه مغلولتان أو مشغولتان بشىء آخر).

د - الاحتفاظ بسجل يومى للتقدم أو تعديل السلوك.

هـ - إدماج الآباء والإخوة والأصدقاء والزملاء والمدرسين ما أمكن فى خطة العلاج وإطلاعهم عليها.

الخطوة السادسة: تعميم السلوك

الآن وقد أمكن للطفل تعلم كثير من الجوانب الإيجابية للسلوك يبقى تعميم **هذا السلوك الجديد على البيئة الطبيعية أو المواقف الحية**، إذ ينبغى تشجيع الطفل على تعميم خبراته الإيجابية التى تعلمها فى المنزل تحت إشراف مهنى إلى مواقف جديدة كالأصدقاء.

ويتطلب ذلك إثارة دوافع الطفل وتحفيزه بكل الوسائل الممكنة على محادثات إيجابية.. الاحتكاك البصرى.. التعبير عن الانفعالات بحرية.. إلخ.

كذلك يمكننا أن نشجعه على استباق الاستجابات الملائمة للمواقف الخارجية من خلال لعب الأدوار، أو استباق التعبيرات الإيجابية، مثلاً: لقد أصبح الآن بإمكانك أن تقوم برحلة مع أصحابك دون خوف أن تفقد أعصابك.

مقارنة بين المناهج السلوكية المختلفة

فى علاج اضطرابات الأطفال

يتميز المعالج السلوكى بمرونته وتكيفه مع متطلبات كل حالة؛ ولهذا تتكاثر طرقه - كمًا وكيفًا - تبعًا لمتطلبات الحالة وطبيعة المشكلة. لكن تنوع هذه الطرق قد يثير أمام المعالج مشكلة تتعلق بأى هذه الأساليب يبدأ؟ وعلى أى أساس يختار أسلوبًا دون أسلوب آخر؟ ومتى يجمع أكثر من أسلوب معًا عند التعامل مع الطفل؟

بعبارة أخرى، فقد يجد الخبير النفسى السلوكى فى ميادين الممارسة الطبية أو الاجتماعية أو التربوية، قد يجد فى تنوع هذه الأساليب ما يريكه عندما يريد أن يستخدم هذا الأسلوب دون ذاك.

والحقيقة أن جميع هذه الطرق التى يعرضها الجدول الآتى.. جميعها ـ إذا عاملناها بوجهة نظر علمية بحتة ـ قد خضعت للتجريب العلمى والبحث. ولهذا فإنه لا توجد طريقة منها أفضل من الطرق الأخرى.

لكن المعيار الملائم، الذى نرى أن يراعيه المعالج عند اختيار أسلوب دون آخر هو: أن يكون ملائمًا لطبيعة المشكلة. فمن المؤكد أنه توجد أساليب أكثر ملاءمة من الأساليب الأخرى بالنظر إلى نوع المشكلة أو الاضطراب. ويبين الجدول الآتى الذى اعتمدنا فى صياغته على عدد معين من المراجع المتقدمة فى العلاج السلوكى، تفصيلاً للأساليب السلوكية التى تعالج اضطرابات الطفل وما تصلح له من مشكلات.

جدول (٧)

بيان بأنواع مشكلات الطفل

وما يلائمها من أساليب سلوكية

الأساليب العلاجية	أنواع المشكلات التى يستخدم لعلاجها بفاعلية
١ ـ التطمين المتدرج (التعرض التدريجى) لمنبه منفر والتعامل معه بأقل قدر من الحساسية (تدريج الحساسية).	المخاوف المرضية، القلق، العزلة والتجنب الاجتماعى، التعامل الاجتماعى مع العداوة الخارجية ومواقف التهديد.
٢ ـ مناهج التدعيم: التدعيم الإيجابى، التدعيم الذاتى.	مشكلات النطق واللغة، الحركية (الحركة المفرطة)، الصراعات الاجتماعية، العدوان، المخاوف المدرسية، اضطراب العادات الصحية (كالتبول اللاإرادى، التغوط، نظافة الفم والبدن).

تابع جدول (٧)

الأساليب العلاجية	أنواع المشكلات التى يستخدم لعلاجها بفاعلية
الاقتصاد الرمزى	مشكلات الطعام (نقص الشهية، الشراهة، العزوف عن الطعام) اضطرابات الانتباه تدريب المهارات الدراسية، اضطرابات السلوك، (السرقة، المشاجرات، الكذب، تعاطى المخدرات)، صعوبات التعلم (مشكلات القراءة والكتابة وتنظيم عادات الدراسة)..
٣ ـ التشكيل والتقريب التدريجى الدراسية	اكتساب المهارات الحركية (الكتابة، تنظيف النفس) المهارات الاجتماعية (الحديث، اللغة البدنية) والدراسية (تنظيم جدول للعمل).
٤ ـ الاقتداء ومحاكاة النماذج	المخاوف والسلوك التجنبى أو الهروبى، جوانب القصور فى السلوك الاجتماعى (الخجل، التعبيرات البدنية، مهارات الحديث، مهارات الحركة، مشكلات الجنوح)،
٥ ـ ضبط المنبه	اضطرابات التعلم، الإفراط أو النهم، المعاندة.
٦ ـ الانطفاء (سحب التدعيم الاجتماعى، والتجاهل)	المشكلات السلوكية داخل الفصل الدراسى، الصياح، العدوان، النهنهة، البكاء، لفت الانتباه، التفاخر، التبجح، المقاوحة، الإفراط فى الملبس أو المظهر.
٧ ـ التشبع بالمنبه	إشعال النيران ـ بعض حالات السلوك القهرى مثل اللوازم الحركية.
٨ ـ التصحيح المتكرر	السلوك الفوضوى.
٩ ـ الإبعاد المؤقت	السلوك التخريبى ـ المشاجرات والعراك، الشتائم ـ النحيب.
١٠ ـ تكاليف الاستجابة	نوبات الغضب Tantrums ـ العدوان ـ السرقة التململ والإفراط الحركى داخل الفصل الدراسى ـ الجنوح، إشعال النيران ـ الفوضوية فى السلوك.
١١ ـ تدريب المهارة (بما فيها تأكيد الذات ـ المهارات الاجتماعية ـ لعب الأدوار).	نواحى الضعف فى السلوك الاجتماعى بما فيها الخجل ـ عدم القدرة على رد الإهانات ـ التعامل مع العداوة الخارجية ـ العجز عن التعبير عن النفس.

الأساليب العلاجية	أنواع المشكلات التى يستخدم لعلاجها بفاعلية
١٢ ـ لعب الأدوار أو ممارسة أدوار معارضة.	نواحى الضعف فى السلوك الاجتماعى ـ المشاحنات الأسرية بما فيها المواجهات التى تحدث بين المراهق وأسرته.
١٣ ـ التعديل المعرفى ـ الانفصال ـ وتدريب المهارة على حل المشكلات.	مواجهة الأزمات الطارئة ـ المواقف الحرجة مثل الانفصال ـ قلق الموت ـ السلوك الإدمانى ـ مواقف الصراع ـ المخاوف ـ العدوان ـ مواقف التوافق مع الضغوط.
١٤ ـ مناهج ضبط الذات ـ الحوار الداخلى مع النفس.	الصراعات الاجتماعية ـ الاندفاع ـ الخوف ـ التقاعس عن الأداء الأكاديمى ـ الإفراط الحركى ـ ضعف الدافعية للعمل والنشاط.
١٥ ـ التدريب الإجرائى بحسب خطط تقوم على المكافأة الذاتية والعقاب الذاتى.	التبول اللاإرادى ـ السلوك الفوضوى ـ زيادة السلوك الإيجابى.
١٦ ـ الاتفاقات المتبادلة والتعاقد مع المريض.	السلوك التخريبى ـ السرقة ـ الصراخ ـ الصراع ـ رفض المدرسة، أو الهروب منها.
١٧ ـ مراقبة الذات عند ظهور السلوك.	زيادة الوزن أو السمنة ـ الهزال ـ مشكلات السلوك الوالدى.

تحذيرات وتنبيهات متعلقة باضطرابات الأطفال

يجب بادئ ذى بدء أن نتحاشى التسرع والعجلة فى وصف طفل معين بالقلق أو الاضطراب النفسى. ويتطلب ذلك أن نميز بوضوح بين ما هو مشكلة تحتاج للعلاج، وما هو شىء أو أسلوب تفرضه متطلبات النمو. من المعروف مثلاً أن الفترة من سنتين إلى أربع سنوات ـ فيما يوضح لنا علماء نفس النمو ـ تعتبر من أشق المراحل فى تربية الطفل، لما فيها من حركة ونشاط واستكشاف للبيئة. ولهذا يكون من الطبيعى أن يتسم سلوك الطفل وتصرفاته بمظاهر قد يفسرها الوالدان خطأ على أنها نوع من التخريب والحراكية، وقد تدفع المتعجل إلى أن يتصور أن هناك شيئًا مرضيًا لدى هذا الطفل. إن التدمير والتخريب والعدوان والحركة

الشديدة فى هذه المراحل هى ـ فحسب ـ نابعة من تشخيصات الآباء وانزعاجهم ولكنها بالنسبة إلى الطفل تطور طبيعى، واكتشاف لقوانين الطبيعة وحب الاستطلاع.

فضلاً عن هذا، فإن غالبية مشكلات الطفل لا تنتج عن الاضطراب بمقدار ما تصدر عن عدم الخبرة، والجهل، ومن ثَم فإن جهودًا كبيرة قد تُبذل فى محاولات العلاج، واستشارة الخبراء يمكن اختصارها بإعطاء معلومات دقيقة ومفصلة عن كيفية أداء السلوك السليم، أو كيفية أداء النشاطات المختلفة بكفاءة.

ويدرك المعالج الحصيف، أيضًا، أن الغالبية العظمى من مشكلات الأطفال تكتسب بسبب أخطاء فى عملية التعلم، أى نتيجة لأخطاء بيئية. فالطفل الذى يحاكى ما يلاحظه فى أبيه أو إخوته من اندفاع أو عدوان، أو أصوات عالية وكلمات نابية لا يدرى أنه بمحاكاته تلك يتعلم سلوكًا مرضيًا أو شاذًا، ولهذا تبين البحوث أن اضطرابات الأطفال تكون تعبيرًا مباشرًا عن أخطاء أو اضطرابات فى البالغين أنفسهم. ولحكمة ما جرت عادة أن المعالج النفسى لا يحكم على سلوك الطفل بمعزل عن سلوك المحيطين به. وربما لهذا السبب نجد أن البحوث تكشف عن ازدياد فى مشكلات الأطفال إذا ما كان الجو الأسرى نفسه مفعمًا بالمشكلات والصراعات.

وإذا كان تشخيص مشكلة الطفل لا يجب أن يتم بمعزل عن الظروف الاجتماعية والأسرية، فإن العلاج السلوكى يتطلب أيضًا ذلك. ولهذا؛ فإن المعالج النفسى السلوكى يحتاج إلى تعاون البالغين والمربين والزملاء والمشرفين على الطفل. بعبارة أخرى، فإن العلاج السلوكى عملية نشطة يسهم فيها المعالج والطفل والآباء (أو بدائلهم) جميعًا. وهى عملية ممتدة، أى أن تنفيذها لا يقتصر على الساعة التى يمضيها الطفل فى العيادة النفسية، بل يجب أن تمتد للأسرة أو المدرسة أو كليهما معًا.

ويجد المعالج السلوكى فى أحيان كثيرة أن علاج مشكلات الطفل بطريقة ناجحة لا يقتصر على علاج الطفل، بل قد يتطلب علاجًا وتعديلاً فى سلوك البالغين أنفسهم. ومن ثَم، فقد يمنح بعض وقته وجهده للأسرة محاولاً إرشاد أفرادها إلى طرق أسلم من التفاعل والتصرفات.

مراجع وتعليقات

1- Kazdin A. E. (1990) Conduct disorders. In A. S. Bellack et al. (Eds). **International handbook of behavior modification and therapy**. New York: Plenum Press (PP. 669 - 706).

2 - Williams, L. et al. (1993). Pharmacotherapy of aggressive behavior in insdividuals with Mentel Mental Retardation and Mental Illness. Journal of Developmental & Physical Disability. Vol, 5, 1, 87 - 94.

3 - American Psychiatric Association (1987). **Diagnostic and statistical manual of mental disorders.** 3 rd Ed. - Revised. Washington, D.C. : APA.

4 - Kaslow, N. J. & Racusin, G. R. (1990) Childhood depression. In A. S. Bellack et al. (Eds.), **International handbook of behavior madification and therapy**. New York: Plenum press (2nd Ed., 547 - 565).

5 - Levis, D. J. (1990). The experimental and theoretical foundation of behavior modification. In A. S. Bellack et al. Inter**national Hndbook of behavior madification and therapy**. New York: Plenum Press (2nd Ed., 27 - 52).

6 - Wolpe, J., & Lang, P. J. (1964). A Fear survey Schedule for use in behavior therapy. **Behavior Research and Therapy**,. 2. 27 - 30.

٧ ـ إبراهيم (عبد الستار)، الدخيل (عبد العزيز عبد الله)، إبراهيم (رضوى) (١٩٩٣) التناول السلوكى لاضطرابات الطفولة والمسلمات الأساسية فى علاجها. **مجلة علم النفس** (مصر)، ٦، (ص ص ٦ ـ ١٦).

٨ ـ إبراهيم (عبد الستار)، الدخيل (عبد العزيز عبد الله)، إبراهيم (رضوى) (١٩٩٣) موجتان من التطور بحركة العلاج السلوكى. **مجلة علم النفس** (مصر) ٦، (ص ص ١٦ ـ ٢٦).

٩ ـ إبراهيم (عبد الستار)، الدخيل (عبد العزيز عبد الله)، إبراهيم (رضوى) (١٩٩٣) إجراءات العلاج السلوكى للطفل وخطوات تنفيذه. **مجلة علم النفس** (مصر)، ٧ (ص ص ٦٠ ـ ٧٢).

الفصل الحادى عشر

الاضطرابات العصابية والقلق

مفهوم القلق والعصاب ـ تحليل سلوكى

العصابى ذو شخصية تسهل استثارتها، وشخصية العصابى بهذا المعنى تعبر عن انفعال المريض بالأحداث التافهة، وتتصف بالمشاعر والأحاسيس المليئة بالتهديد والتشاؤم، والسلوك المتسم بعدم الاستقرار أو التفكير الميال للمبالغة والتطرف.

ويعتبر وجود العصاب الشرط الرئيسى للقلق المرضى. إن العالم الخارجى ـ فيما يقول العالم النفسى المعاصر چان داير «John Dyer»(١) ـ لا يوجد به قلق، ولا يوجد به خير أو شر، القلق هو خبرة نخلقها نحن ثم نطرحها على العالم بعد ذلك.

ويعبر الطبيب النفسى «جرينبرج» عن معنى مماثل فيقول: إن أنواع القلق مهما اختلفت تنبع من المنبع نفسه الذى يتمثل فى وجود نمط عصابى فى الحياة يتميز بالاندفاع نحو أهداف متعارضة يناقض بعضها بعضًا، وبالاتجاه للتعامل مع المستحيل، وبرؤية غير واقعية للعالم الذى نعيش فيه، وبإدراك مشوه لأنفسنا. وهو لهذا يرى أن العصاب هو الشرط الرئيسى للقلق(٢)*.

أما ألبرت أليس (Ellis)، فهو يرى أن القلق هو هزيمة ذاتية، أية خبرة أو سلوك يهزم الإنسان من خلاله نفسه بنفسه.. وهو بهذا يرى ولو بصورة غير مباشرة أن القلق يشترط وجود استعداد ذاتى للهزيمة وللانهيار (٣، ٤).

(*) االأرقام بين الأقواس تشير إلى أرقام المراجع فى قائمة المراجع فى نهاية الفصل الحالى فى هذا الفصل.

حتى الأدباء والفنانون انتبهوا إلى هذا المصدر الذاتى للقلق، فنجد جبران خليل جبران يقول: «وإذا كان خوف تود أن تبدده، فإنه يتربع فى قلبك أنت، وليس زمامه فى يد من تخاف»(٥).

وإذا كان وجود شخصية عصابية لازمة رئيسية من لوازم إثارة القلق وتطوره، فإن القلق يُعتبر أيضًا سمة رئيسية تصاحب الاضطرابات العصابية حتى التى لا تبدو متسمة بالقلق بالضرورة. فحن نعرف ـ مثلاً ـ أن هناك كثيرًا من العصابيين يتحايلون على القلق والهروب منه، ويتظاهرون بالابتسام والتفاؤل إلا أن سلوكهم أبعد ما يكون عن الصحة. من هؤلاء الأشخاص تلك الفئة التى نسميها بالعصاب الباسم أو الهستيريا، ويسمون كذلك لأن الشخص يبدو أمام الآخرين أبعد الناس عن القلق والهموم، إلا أن سلوكه لا يمكن أن يكون متزنًا أو ناضجًا على الإطلاق بسبب تصرفاتهم الزاعقة، وشكواهم الجسمية عندما تواجههم أزمة، وتشنجاتهم العصبية عندما يطلب منهم القيام ببعض الواجبات أو المسئوليات الاجتماعية، ومحاولتهم الدائبة للاستحواذ على اهتمام الآخرين، والعطف والرعاية.

وإذا أردنا أن نعرف الشخصية العصابية فمن الأيسر أن ننظر إليها على أنها مفهوم يصف أنواعًا معينة من السلوك التى نصفها بالشذوذ الانفعالى والاضطراب النفسى. وثمة مجموعة من الصفات وجوانب من السلوك تبين خبرة علماء النفس والمعالجين النفسيين أنها تنتشر بين الأشخاص العصابيين، وتصف سلوكهم خلال تعرضهم للقلق وما يرتبط به من اضطرابات أخرى نوضحها فيما يلى:

الجوانب الانفعالية

١ ـ الشخص العصابى من الناحية الوجدانية شخص تسهل استثارته انفعاليًا، شخص يميل بشدة للاستجابة الانفعالية للبيئة. صحيح أن الانفعال بالناس والأشياء شئ مرغوب وجزء من الطبيعة البشرية فنحن نفرح ونسر عندما نحقق هدفًا أو رغبة، ونخاف عندما يواجهنا خطر، وندهش ونشمئز، ونتألم ونحس

بالذنب، ونغضب، ونعجب، ونحب، هذه كلها انفعالات محمودة ومرغوبة طالما أنها تصدر فى الوقت الملائم. لكن انفعالات الشخص العصابى هى غير ذلك. أن ينشط الإنسان، ويعد نفسه لامتحان وشيك شىء تتطلبه الحياة الإيجابية، وتفرضه متطلبات التكيف الإنسانى للمستقبل بتعقيداته وتغيراته. أما أن ننفعل بصور تعطل إمكاناتنا الفعلية، وتصيب أجهزتنا النفسية والعصبية بتوتر شديد لا يترك لنا طاقة لمواجهة المواقف الصعبة، فهذه استجابة عصابية تتشيع لها الشخصية العصابية، فيما تتشيع له من استجابات انهزامية.

إن السواء يتطلب أن نستغل إمكاناتنا على الانفعال نحو استجابات تكيفية تدفع للمزيد من التطور بإمكاناتنا على النجاح والتفوق، لكن الشخصية العصابية تصبح ضحية لما يحكمها من استثارة زائدة وعدم استقرار. يرى بيك (Beck)(٦) أن من مآسى الاضطراب النفسى هو تلك الاستجابات العصابية الحادة. ونرى من جانبنا(٧) ـ أن الأوصاف المتعددة التى يصف بها العصابيون أنفسهم مثل:

«أشعر أننى لست أنا»

«أحس أننى فى سجن»

«أشعر أننى شخصية مقيدة»

«إننى ممزق»

«إننى على حافة الجنون»

هذه الأوصاف التى تشيع بكثرة فى أحاديث العصابيين وأحكامهم على أنفسهم، هى نتاج واضح لما تلعبه الانفعالات الحادة فى حياة العصابيين.

وعلى الرغم من سيطرة الانفعالات وشدتها، فإن الشخصية العصابية تستطيع أن تواصل العمل والنشاط. والانفعالات ـ وما تخلقه من قيود داخلية شديدة وصراعات، لا يُفترض فيها بالضرورة أن تحرم الشخص من الاستبصار بحالته. فالشخص العصابى يحس بأنه تعيس، وأن قلقه ومخاوفه لا أساس لها، وأن أحزانه على ما فات قد انتهت وولت. العصابى يعرف ذلك ويصف نفسه أحيانًا

أنه يحتاج لمن يحميه من هذه المشاعر التى تشرف به على حافة الجنون. وهو فى ذلك يختلف عن المجنون الحقيقى (الذهانى) الذى يعيش مع جنونه دون إدراك لخطأ فى التصرفات والسلوك الشاذ.

٢ ـ والشخص العصابى عادة ما يبنى خطة تكيُّفه للحياة على أساس الهروب والتجنب. فالمواقف التى تستثير انفعالاته الشديدة غير المحتملة تتحول إلى أشياء كأنها غير موجودة بفعل التجنب. ولما كانت مصادر القلق والخوف فى حياة العصابيين متنوعة ومنتشرة، فإنهم يتحولون فى النهاية إلى كائنات عاجزة انسحابية، وتتقلص حياتهم إلى حلقات ضيقة. وقد انتبه «فرويد» إلى هذه الحقيقة منذ فترة غير قصيرة فوصف حياة العصابيين بأنها حياة تخلو من الإثارة وتمتلئ بالكف والقيود. وتبين البحوث الحديثة (٨) أن حياة العصابيين تتحول نتيجة للهروب والانسحاب إلى الاغتراب والانفصال. والشخص المغترب عادة ما يتجه إلى تجنب المشكلات بدلاً من مواجهتها. ولهذا يتحول المغترب إلى شخص يكتفى بملاحظة الحياة بدلاً من أن يسهم فيها بشكل نشط. وإذا كان العصابى يعتقد أنه بتجنبه للعالم قد ألغى هذا العالم فهو على خطأ، لأنه فى الحقيقة قد أبعد نفسه عن العالم وأغلق ذاته، وحرمها من إمكانات التحدى والتطور والاعتراف بشخصه.

والشخصية العصابية قد تبدو فى الظاهر ومن وجهة نظر الآخرين شخصية هادئة سهلة، يعتمد عليها. وهذا صحيح، لأن كثيرًا من العصابيين بانسحابهم عن العالم وبتتويجهم لأنفسهم كمراقبين للعالم يتجنبون الصراع من أجل المادة أو المركز أو القوة، ويتجنبون أن يطلبوا من الآخرين إسداء خدمة، وأحيانًا ما يرفضون حتى الخدمة إذا قدمت لهم؛ لأنهم قد يحتاجون لرد الجميل والاعتراف بالعالم والدخول فى علاقات اجتماعية نشطة.

٣ ـ والعصابى لا يحب أن يأخذ ولا يحب أن يعطى. إن متطلبات النضوج الاجتماعى تحتاج إلى توازن بين الأخذ والعطاء، وأن نعطى للآخرين باقتناع، وأن نتلقى منهم دون إحساس بالذنب أو النقص. وقد تبدو رغبة العصابى فى العطاء على أنها شئ إيجابى ومحمود. والعطاء هو فعلاً كذلك لكن رغبة العصابى فى

العطاء أبعد ما تكون عن العطاء الناضج، لأن العصابيين يريدون فى أحيان كثيرة أن يثبتوا للآخرين أنهم أفضل وأكثر قوة، وتأثيرًا. والعطاء الناضج ـ بالطبع ـ لا يقتصر على العطاء المادى ويتجاوزه إلى العطاء من وقتك، ومشاعرك، واهتمامك بنمو الآخرين. وهناك من البحوث ما يثبت أن من العصابيين من يعجز عن إقامة علاقات اجتماعية بغيره تقوم على الثقة المتبادلة والتفهم، ولهذا تضعف قدرتهم على الأخذ والعطاء بشكل عام(٩).

٤ ـ وإذا كان الإنسان العادى يستطيع أن يشكل سلوكه على حسب المواقف الاجتماعية التى يمر بها، وبالتالى يشكل قدراته على التعبير المناسب عن المشاعر، ويطور مهاراته الانفعالية تبعًا لذلك، فإن الشخصية العصابية تجد **صعوبة واضحة فى التعبير الحر عن الانفعالات**. والحرية الانفعالية مطلب رئيسى من مطالب الصحة والفاعلية، وتتضمن التعبير الطليق عن المشاعر الإيجابية والسلبية على السواء. إن كثيرًا من العلاقات الاجتماعية تتطلب اتصالاً إيجابيًا نشطًا بالآخرين، ولهذا فهى تتطلب قدرًا من تبادل مشاعر الود أحيانًا، والغضب أحيانًا أخرى، أو الضيق، أو الإعجاب. وتقل قدرة العصابيين على تبادل المشاعر بسبب عجزهم عن التعبير الحر عن الانفعالات وتأكيد الذات. ولهذا نجد أن العصابى يقمع رغبته فى التعبير عن مشاعره الحقيقية أمام الآخرين، ويكتم معارضته واختلافه، أو يرغم نفسه على قبول أشياء لا يحبها، أو يعجز عن التعبير عن الحب والاستمتاع بالأشخاص أو الأشياء التى يحبها. ولهذا، فإن المشكلات الاجتماعية التى يأتى بها العصابيون تتوزع على قائمة طويلة متراوحة بين ذلك الذى يشكو من أنه يتحول إلى شخصية باهتة لا تحظى باحترام الآخرين، إلى ذلك الذى يتحول إلى العدوان الشديد والمشاكسة خوفًا من فقدان الهيبة والتقدير، أو ذلك الذى تتذبذب حياته بين قطبَى الخضوع والعدوانية.

٥ ـ ويفتقد الشخص العصابى لغة التواصل الاجتماعى السليم بالآخرين. فى التواصل الاجتماعى السليم يتبادل شخصان أو أكثر معلومات أو أحاديث، أو مشاعر من شأنها أن تساعد على حل المشكلات وتخفيف الصراع بين الأطراف الداخلية فى عملية التواصل. انظر ـ مثلاً ـ إلى أية علاقة تواصل اجتماعى

كالتواصل الذى يتم بين الأب وأبنائه، أو الرئيس بمرءوسيه، أو الصديق بالصديق، أو الزوجة بالزوج.. فى كل هذه العلاقات قد تحدث خلافات أو صراعات، ويكون من شأن التفاعل السليم أن يؤدى إلى التخلص من هذه الصراعات وبالتالى إلى تعميق هذه العلاقات والانتقال بها إلى مستوى إيجابى أفضل. لكن انشغال العصابى بمشكلاته الداخلية وسوء فهمه، وسوء تأويله للخلافات عندما تحدث غالبًا ما يؤدى إلى انقطاع التواصل السليم بالآخرين. وهناك نظرية تثبت أن اضطرابات التواصل لدى العصابيين تظهر مبكرًا فى علاقاتهم بالآخرين، وتتخذ ما يُسمى **بالرسائل المزدوجة**. فمثلاً يتصرف الزوج مع زوجته بطريقة معينة ولكنه يتوقع استجابة أخرى: يغضب عليها ويجرح مشاعرها ويلومها بعد ذلك لأنها اشتكت لوالديها متاعب حياتها الأسرية، والصديق الذى يكلف أصدقاءه بعمل أشياء مستحيلة، فإذا عجزوا عن ذلك لامهم لضعف مشاعرهم، والأستاذ التحكمى الذى يطلب من تلاميذه أن يفكروا بشكل مستقل وناقد، فإذا انتقدوا عملاً من أعماله أو استقلوا بعمل خاص بهم غضب وشعر بالإهانة من تصرفاتهم، والرئيس الذى يطلب من مرءوسيه أن يسهموا معه فى إيجاد الحلول واتخاذ القرارات المهمة لمصلحة العمل، فإذا فعلوا ذلك لامهم على تعديهم عليه وتخطيهم للأدوار المرسومة لهم. حتى بين الأطفال نجد أمثلة كثيرة تبين مدى التوترات التى يثيرها الطفل العصابى فى علاقاته الاجتماعية مع أقرانه وأسرته. فالطفل الذى يتعالى على أصحابه ويعاملهم بجفوة إذا ما توددوا إليه، ويغضب منهم ويخاصمهم إذا ما هجروه، والطفل الذى يعتدى على أخته الصغيرة بالضرب، فإذا تدخلت الأم لحمايتها فلأنها تحبها أكثر منه، والطفل الذى يبكى إذا حرمته، ويبكى إذا أعطيته لأن ما تعطيه له أقل أو غير ما كان يريد... كل هؤلاء الأطفال يمثلون نماذج جيدة لما نسميه بالسلوك العصابى عند التواصل بالآخرين.

ولعل السمة المشتركة بين كل هذه الأمثلة هو أن التواصل الاجتماعى فى الحالات العصابية دائمًا ما ينتهى بوجود ضحية أو أكثر. فالشخص هنا يتصرف

بطريقة معينة ولكنه يتوقع استجابة مختلفة. وبهذا يحول الأطراف الأخرى التى تتفاعل معه إلى ضحايا محكوم عليهم بالفشل مهما كان قرارهم واختيارهم. لكن الشخص العصابى قد يتحول هو نفسه إلى أن يكون ضحية. ففى كثير من الأحيان نجد أن الناس تبتعد وتتجنب مثل هذا الشخص بسبب محاولاته الدائبة لوضعهم فى مواقف مستمرة من التأنيب واللوم مما تدفعهم للسلوك معه على نحو متناقض. وهنا تتطور وتتفجر المشاعر العصابية من قلق، واكتئاب، ومشاعر بالوحدة والعزلة، والمخاوف الاجتماعية، والتأنيب الذاتى وغيرها من المشاعر التى تبين أنها تشيع بكثرة بين العصابيين.

ونعتقد من جانبنا أن العصابى يعتبر بشكل ما ضحية لتصرفاته الاجتماعية الخاطئة، وأن المشاعر العصابية التى تتملكه هى تجسيد قوى لأنواع العقاب الخارجى التى تُفرض عليه من جراء سلوكه العصابى مع الآخرين.

أخطاء التفكير فى حالات القلق

القلق العصابى كاضطراب نفسى، لا يمكن عزله عن الطريقة التى يفكر بها الشخص، وعما يحمله عن نفسه وعن العالم من آراء ومعتقدات واتجاهات. وقد انتبه الفلاسفة والمفكرون منذ ظهور الفلسفة الرواقية إلى أن معتقداتنا تحكم سلوكنا، وأن التفكير فى أمور الحياة بطريقة مبالغ فيها يصحبه الاضطراب والاستثارة، وأن التفكير فى أمور الحياة بطريقة هادئة ومتعقلة تصحبه حياة وجدانية هادئة وسلوك ملائم متزن.

ويعود الفضل لعدد من علماء النفس المعاصرين للتطور بهذه الفكرة الفلسفية وبإخضاعها للمحكات التجريبية، بما أثبت أن استجاباتنا الانفعالية بما فيها القلق العصابى تكون نتيجة للطريقة التى يفكر الشخص بها فى نفسه وفى الآخرين، وليس بالضرورة لخصائص موجودة فى الخارج. حتى الاستجابات العضوية يمكن أن تتغير بتغير اتجاه التفكير. فقد بينت التجارب الحديثة أن الجهاز العصبى يجنح للاستثارة الزائدة عندما كان يطلب من الأشخاص أن يفكروا فى موضوعات ذات طابع مثير جنسيًا، بينما يجنح للهدوء والسكون إذا كانت هذه الموضوعات من النوع الساكن أو الحزين.

تثبت دراسة الشخصية العصابية أن الأشخاص الذين يميلون للقلق والاضطراب الانفعالى عادة ما يتشيعون لاعتناق عدد من الأفكار اللامنطقية، هى التى تقود لأنواع القلق التى يعانون منها (١٠، ١١، ١٢، ١٣).

وقد أوضحنا فى كتاب سابق(١٤)، عددًا من المعتقدات الفكرية الخاطئة التى ترتبط بالاضطرابات النفسية والعقلية، وأوضحنا أن الشخصية العصابية تتصرف بطريقة أقل مما تسمح به إمكاناتها. ولأن الشخص العصابى يتصرف بطريقة غير متعقلة، وغير واقعية فإنه يوقع ـ نتيجة لذلك ـ الهزيمة بنفسه عند تحقيق أهدافه على الرغم من قدراته المتعددة. وتوضح هذه الحالة نموذجًا طيبًا لهذه الخاصية:

فتاة فى الثانية والعشرين من العمر فى قسم اللغة الإنجليزية بإحدى الجامعات المصرية... كان سجلها الأكاديمى المتفوق وتنشئتها فى أسرة ذات درجة عالية من التفوق والنجاح الاجتماعى.. كان كل ذلك يوحى أنها ستواصل دراستها العليا بنجاح وتفوق... فتقديراتها كانت دائمًا فى فئة الجيد جدًا.. وقد ساعدها على النجاح والتفوق سفرياتها المتعددة إلى الخارج مع أسرتها التى أتقنت خلالها اللغة الإنجليزية حديثًا وكتابة؛ مما أضاف إلى سجل تفوقها فى دراسة اللغة الإنجليزية، وبالتالى كل التنبوءات التى نسجت حولها أنها ستكون ذات شأن فى دراستها، ولكنها رفضت بعد تخرجها أن تواصل دراستها؛ لأنها كما قالت تكره الأدب الإنجليزى وتجد صعوبة فى دراسة موضوعاته. ورفضت أيضًا عملاً بدأته بإحدى الهيئات الأجنبية. وكان هذا العمل بكل المقاييس عملاً مرموقًا من الناحية المادية والاجتماعية. وقالت إنها تفضل أن تبقى فى المنزل لإعانة أسرتها.. التى لم تكن فى واقع الأمر محتاجة للرعاية.

وقد كشفت محاولتنا لفهم الدوافع المرتبطة بسلوكها.. أنها لم تكن فى واقع الأمر تكره دراسة اللغة الإنجليزية أو الدراسة، ولكنها كانت تخشى من فشلها فى تحقيق الطموح المتعسف للأبوين لإكمال دراستها العليا. بعبارة أخرى، كانت تردد

بينها وبين نفسها هذه الفكرة: «إن والدىَّ يريدان منى أن أكون قادرة دائمًا على النجاح والتفوق، ولكنها ستكون كارثة لو أننى لم أثبت قدرتى على التحدى والمنافسة والتفوق فى كل الجوانب الممكنة». ولم تكن على غير وعى بأهمية العمل الجديد.. ولكنها كانت تشعر ـ فيما عبرت ـ أنها عندما تذهب إلى هناك فى هذا الجو الأجنبى المصطنع تشعر أنها وحيدة ومنبوذة ولا تتوافق جيدًا مع زملائها وزميلاتها. لكن إجاباتها عن أسئلتنا بينت بأن هذا الشعور ما هو إلا استمرار لاعتقادها الخاطئ «أن من المحتم أن يكون الإنسان مؤيدًا ومحبوبًا من الجميع، وأن يؤيده ويقبله الجميع، وإذا لم يكن ذلك ممكنًا فإنها ستكون كارثة ومصدرًا لكل المنغصات». بعبارة أخرى، لم يكن شعورها العصابى وسلوكها المتطرف الأحمق نتيجة؛ لأنها ـ بالفعل ـ منبوذة وإنما لمبالغتها فى إدراك التقبل الاجتماعى من الآخرين، وما تضعه من «حتميات» وقيود على تصرفاتها وإدراكاتها للآخرين. وهو ما أدى بعد ذلك إلى محاولة تجنب القلق بالهروب تمامًا من المواقف التى تثيرها.

لقد كانت هذه الفتاة فى حاجة إلى أن تعرف أن سلوكها الأحمق أحيانًا، ما هو إلا نتيجة لمعتقدات غير عقلانية فى إمكاناتها وقدراتها. وكانت تحتاج إلى أن تعرف أن رفضها للدراسة والتحدى والعمل، ما هو إلا تعبير عن مخاوف لا منطقية تسندها اعتقادات خاطئة. وكان يجب أن تتشجع على مواجهة مخاوفها ومصادر هذا الخوف بدلاً من الهروب والتجنب. ولو كانت تتلقى علاجًا نفسيًا لكان من الضرورى أن تستبدل بفكرتها أنها يجب أن تنجح دائمًا وأن تكون قادرة على التحدى والمنافسة فى كل الظروف، فكرةً أخرى مقبولة وصحية كأن تنظر للعمل والدراسة على أنها ليست مواقف منافسة، بل هى مصادر للإشباع النفسى وتحقيق الذات، والمتعة فى التمكن من أداء شىء بإتقان. أما اعتقادها الآخر بأن من المحتم أن تكون محبوبة ومقبولة من جميع الزملاء والزميلات، فيجب أن يُستبدل به اعتقاد أسلم لصحتها النفسية والعقلية كأن تؤكد على احترام الذات بالإضافة «للحب» أو تقديم الحب بدلاً من «توقع الحب»، واتخاذ رؤيا إيجابية للعلاقات الاجتماعية فى ميدان العمل تمكنها من التفاعل بالزملاء

والزميلات بقدر معقول ومرتبط بأهداف عملية محددة (إنجاز العمل، الترقية، تحسين بعض الخدمات.. إلخ). كانت تحتاج - ببساطة - لمعرفة الأفكار اللاعقلانية التى تحكم سلوكها وتصرفاتها، وأن تحددها تحديدًا دقيقًا، ثم أن تعمل على مواجهتها وتحديها بعد ذلك وبصورة دائمة تمكنها بعد ذلك من التطور بسلوكها إلى الصحة، والفاعلية والمواجهة، بدلاً من القلق، والهروب، وتجنب الفشل.

والمبالغة خاصية أخرى تميز تفكير العصابيين، وتظهر المبالغة فى إضفاء دلالات مبالغ فيها عند التعامل (أو الإقبال على التعامل) مع العالم أو الواقع وذلك كتصور الخطر والدمار. ومن الثابت أن المبالغة فى إدراك العالم بتصور أنه ملىء بالخطر يميز الأشخاص المصابين بالذات بحالات القلق. فالشخص القلق يتوقع دائمًا الشر لنفسه ولأسرته، أو لممتلكاته، ويتوقع أن يفقد مركزه أو وظيفته أو الأشخاص المهمين فى حياته. والشخص القلق يبالغ فى تصور خبرات قد تكون محايدة فى علاقاته بأصدقائه، أو أقاربه، أو رؤسائه، أو أسرته. فتأخر الأطفال فى المدرسة قد يفسر على أن خطرًا قد لحق بهم، ومرض أحد أفراد الأسرة قد يعنى أن هذا الشخص سيوشك على الموت، وحديث إيجابى (من قِبل الزوجة أو الزوج) عن شخص آخر قد يعنى أنها كراهية لنا أو تحقير، وتجاهل الآخرين لنا (ولو كان غير مقصود) وعدم مبادلتنا التحية، يعنى احتقارًا لنا، أو مؤامرة تُحاك ضدنا، وألم فى الصدر أو نوبة برد مفاجئة قد تُفسر على أنها مرض خطير أو أزمة قلبية.

فضلاً عن المبالغة هناك التعميم من الجزء إلى الكل. ويعتبر التعميم المتعسف من حادثة جزئية إلى حوادث أخرى من الأخطار الفكرى التى تبين أنها تلعب دورًا حاسمًا فى حالات العصاب. فإذا فشل العصابى فى تحقيق هدف ولو صغير فإن هذا قد يعنى لديه: «إننى إنسان فاشل لا يحسن التصرف». وبعد صديق أو رفيق عنه قد يعنى: «أنه لا توجد صداقة وأن العلاقات الإنسانية مزيفة». ويعتبر التعميم الخاطئ أيضًا من العوامل الحاسمة فى اكتساب المخاوف المرضية بأشكالها المختلفة. اكتساب الخوف من حيوان معين، أو حشرة يتعمم بعد ذلك

على كل الحيوانات أو الحشرات المماثلة، وعلى الأماكن المختلفة التى تشابه الأماكن التى حدثت فيها هذه الخبرة المخيفة. وقد بين «واطسون» فى تجربة رائدة له[١٥] أن تعريض الطفل لتجربة مخيفة مع فأر، بدأ يتعمم على كل الأشكال ذات الفراء المشابهة له كالأرانب، والكلاب، حتى المعاطف الفرائية، واللعب الفرائية تحولت إلى مصدر للخوف والرعب.

المبالغة والتعميم ولو أنهما لازمتان من لوازم القلق العصابى إلا أنهما لا يكفيان للوصف الكامل للتفكير العصابى. فلابد أن يوجد معهما ما يسمى بالتوقعات السلبية السيئة. وبدون وجود توقعات سلبية يصعب وصف الشخصية بالقلق أو الاكتئاب. فأنت قد تجد شخصًا يميل للتعميم والتطرف لكن توقعاته تميل للتفاؤل والإيجابية. وهنا يصعب علينا أن نصفه بالقلق والعصابية. قد نصفه بالتفاؤل أو السذاجة لكن ليس بالقلق والتوجس. فالحكم على الشخصية بالقلق أو العصابية يحتاج إلى التعرف على طبيعة التوقعات التى ينسجها الشخص.

وقد بين (Beck)[١٦] أن التوقعات التى يتبناها العصابيون فى حالات القلق تميل إلى السلبية والتهديد. ويصف «ألبرت أليس»[١٧] التفكير العصابى بأنه تفكير «كوارثى» catastrophic ، أى أنه يرى ويتوقع المصائب والكوارث وأسوأ الأمور حتى وإن كانت الحادثة أو الخبرة التى تثير هذه التوقعات ليست بالضرورة على هذا القدر السيئ. وقد رأينا نموذجًا لهذا فى حالة الفتاة التى رفضت عملها ودراستها خوفًا من الفشل المتوقع وإحساسها بمصيبة هذا الفشل وخيبة الأمل.

بالإضافة لهذا تميزت اتجاهات القلقين نحو أنفسهم ونحو الآخرين بعدد من الخصائص الفكرية، والتى منها:

(١) **الميل إلى إدانة الآخرين** ولومهم عندما لا تسير الأمور بالشكل الذى يجب أن تسير فيه. فالعصابى يفسر تأخره عن المواعيد المهمة ويرده إلى الزحام وسوء المواصلات، وإذا حدث وأن أصاب نفسه أو تعرض لحادثة أو جُرح فإن انشغاله بالأولاد هو السبب. وقد عرفت زميلاً كان يعزو كل فشل يمر به إلى عدم تعاون

أصدقائه وأصحابه معه.. والطفل العصابى يتهم والديه بعدم الحب كلما بدا أنهم يلومونه أو يوجهون له النصح. وهناك من الأمهات من توجه اللوم إلى زوجها وأطفالها عندما تحبط رغبتها أو آمالها فى التقدم والارتقاء. والطالب الذى يعزو فشله لتعنت أساتذته وعدم رأفتهم وتقديرهم لظروفه الخاصة.

(٢) **أخطاء الحكم والاستنتاج:** فى الكثير من حالات القلق يكون الاضطراب ناتجًا عن خطأ فى تفسير الحادثة بسبب عدم توافر معلومات معينة، أو نتيجة لوجود سياق مختلف. فالشخص العصابى الذى قد يعزف عن التقدم لعمل جديد ومناسب؛ لأنه قد رفض فى عمل سابق يقوم بعملية استنتاج خاطئة عندما يرى أن إمكاناته ومواهبه لا تتناسب مع العمل الجديد. والطالب الذى ينهره أستاذه بسبب سوء التصرف فيعزف عن الدراسة والتدريس يقوم بعملية استنتاج خاطئة إذا كان السبب فى عزوفه عن الدراسة نابعًا من فكرته عن نفسه بأنه غير محبوب من أساتذته. والفتاة التى تعزف عن الزواج بعد أن هجرها خطيبها تقوم بعملية استنتاج عصابية خاطئة إذا كان عزوفها عن الزواج يرتكز على فكرة متطرفة عن «خيانات الرجال وجبنهم».

ولا يطور الشخص العصابى إمكاناته ومواهبه وينميها على نحو منظم يمنح حياته شيئًا من الاستقرار، بل يتجه بدلاً من ذلك إلى التطور بنفسه بطريقة تخلو من الاتساق وعدم الانتظام، فتتأرجح حياته بشدة بين صورته المثالية عن نفسه وإمكاناته، وواقعه الحقيقى وإمكاناته الفعلية. ولا يقبل بحل وسط أو بالاعتدال فهو ببساطة إما **شخص مثالى كامل أو لا شىء**. إن الشخص العصابى فيما يرى جرينبرج(١٨) لا يستطيع ـ ببساطة ـ أن يكون مجرد إنسان عادى أو فاضل، بل يجب أن يكون بين الأفاضل قديسًا. ولا يستطيع أن يحتمل مواقف المنافسة الصحية مع الآخرين لتحقيق ما يريده، لأن ما يريده فى الحقيقة هو أن يتفوق على الجميع وأن يهزم الجميع فى كل الأشياء. العمل الممتاز بالنسبة إليه لا يكفى، لأن أى عمل يعمله يجب أن يكون كمالاً كله ونجاحًا مطلقًا. وهو لا يطلب الكمال من نفسه، بل يطلبه من كل الآخرين الذين يحتكون به من أفراد الأسرة أو الزملاء، والأصدقاء.

ولهذا تبين بحوثنا أن العصابيين أميَل إلى التطرف فى الأحكام والتصرفات من العاديين. فالأشياء إما بيضاء أو سوداء، حسنة أو سيئة، خبيثة أو طيبة، صادقة أو خاطئة. ولما كان الواقع مختلفًا عن التصورات المثالية الكاملة التى يتبناها العصابيون عن العالم فإن حياتهم تمتلئ بالإحباط، والإحساس بالفشل، وخيبات الأمل. ولما كان الكمال تصورًا مثاليًا لا يوجد فى الواقع، فإن الآثار التى تصيب العصابى نتيجة لرغباته العصابية فى المال تكون وخيمة، وتتميز بكثير من حالات الاكتئاب، والانفصال التدريجى عن الآخرين وطرح المسئولية على الناس وعلى أفراد الأسرة.

القصور فى أساليب التفاعل الاجتماعى والافتقار للمهارات الاجتماعية

تتخذ الشخصية العصابية أنماطًا مختلفة من حيث أساليب التفاعل الاجتماعى مع الآخرين، فمن العصابيين من يجنح للعداوة والكراهية، ومنهم من يتجه بدلاً من ذلك إلى الخضوع والانصياع، ومنهم من يتجنب كلا السبيلين باتخاذ أسلوب اللامبالاة والانفصال.. ولهذا فمن الأفضل أن نحدد هذه الأنماط وفق الأنواع الآتية:

النمط العصابى - الانصياعى conformist: أشخاص هذا النمط يحتاجون دائمًا إلى التأييد ومعاضدة الآخرين. والشخص الانصياعى عادة ما يثق فى الكثير من الناس بسرعة وبدون اختبار لنواياهم.. ولهذا فقد يتحول أحيانًا إلى ضحية وموضوعًا لاستغلال البعض وتحكماتهم. وقد يتوهم البعض نتيجة لهذا أن الانصياعى إنسان يحب كل شخص يراه وكل شخص لم يَرَهُ. لكن حب الانصياعى فى حقيقة الأمر حب لا يرتكز على مفهوم ناضج لمعنى الحب؛ لأن ما يحكم سلوكه هو حاجته الشديدة لأن يكون مقبولاً من الجميع ومؤيدًا من الجميع. ومن الصحيح أن العصابى ـ الانصياعى قد يهدأ وتسكن نفسه عندما يعبر له البعض عن الحب والتقبل، لكن حاجته العصابية للحب لا ترتوى، ومجهوداته المضنية فى البحث عن الآخرين لا تتوقف.

ولأن العصابى ـ الانصياعى يجعل غايته الكبرى هى إرضاء الآخرين واكتساب حبهم فإنه يخاف العدوان ويهرب من المنافسة، ويصعب عليه أن يختلف أو يدافع عن أفكار متعارضة مع ما يردده الآخرون، ولهذا فإنه يتحول إلى شخصية باهتة لا يُعمل لها كثير من الحساب.

الاختلاف السليم مع الآخرين مطلب من مطالب التوافق ويؤدى إلى تواصل جيد، وفهم أفضل، واحترام متبادل. لكن الشخص الانصياعى عادة ما يضحى بكل ذلك لأنه **يخشى الاختلاف ويخشى المعارضة**. ومن المؤكد أن كثيرًا من المشكلات التى يتعرض لها العصابيون الانصياعيون فى مجالات العمل والأسرة تكون نتيجة لذلك. فلأن النجاح فى العمل يحتاج لدرجة من العدوانية وتأكيد الذات والمعارضة، فإن العصابى الانصياعى لا يتفوق فى عمله بالشكل الذى يتناسب مع مجهوداته وأدائه. ويصعب عليه أن يحتل موقعًا قياديًا؛ لأنه بدلاً من أن يتجه للمبادرة ينتظر من الآخرين التوجيه، وإعطاءه الإذن قبل أن يبدأ عملاً أو يتخذ قرارًا. وأنت إن شئت أمثلة على هذا النوع فستجدها إن أمعنت النظر فى كثير من النماذج الشخصية المحيطة بك. ستجدها فى الموظف البيروقراطى الذى يخشى أن يسمح لنفسه بأداء عمله دون أن يتأكد مرارًا ومرارًا من أن رئيسه يتفق معه ويوافق على أى عمل يعمله. وتجدها فى الشخص الذى يحاول أن يوفق دائمًا بين الآراء المتعارضة ولا تعرف أين رأيه؛ لأنه يخشى أن عبر عن رأيه فإنه قد يخسر أحد الطرفين. وتجد أمثلة على هذا النوع فى الشخص الذى يسرف فى الحديث عن الحب والمودة إذا بدا أن خلافًا سينشب بينه وبين الآخرين، أو إذا أراد أن يحل خلافًا بين شخصين متعارضين. والشخص الذى يبحث دائمًا عن شخص قوى يحميه، ويتحول إلى تابع له يردد آراءه وأفكاره يُعتبر أيضًا نموذجًا طيبًا للعصاب الانصياعى. ويحسن أن نميز بين الموافقة مع الآخرين كأسلوب اجتماعى ناجح وبين الانصياع العصابى. ففى كثير من الأحيان تتطلب الحكمة أن نوافق على بعض الآراء المعارضة، إلا أن هذه الموافقة عادة ما تكون مرتبطة بأهداف أبعد (كالحصول على ترقية ـ مثلاً ـ أو اعتراف بقيمة عمل، وتجنب صراع غير ضرورى)، وعادة ما تكون موقفية. لكن الانصياع العصابى ـ عادة ما ـ يكون نتيجة لعوامل ودوافع شخصية، أى كتعبير عن العجز الشخصى فى اتخاذ

مواقف معارضة، وعادة ما يكون دائمًا، كسمة عامة ودائمة فى الشخصية وغير مرتبطة بمواقف محددة.

العصابى ـ العدائى: Hostile

إذا كانت المعارضة مطلبًا صحيًا فإن العدوان لا يعتبر مرادفًا دقيقًا للمعارضة. فالمعارضة والاختلاف مع الآخرين شيئان تفرضهما ضروريات التواصل الاجتماعى السليم وتحقيق الأهداف الشخصية فى النمو والنجاح. أما العدوان ـ إذا تحول إلى سمة شخصية دائمة ـ فإنه عادة ما يؤدى إلى عكس ذلك تمامًا: أى إلى تعطيل التواصل الاجتماعى وبالتالى عرقلة الأهداف الشخصية فى النجاح والتقدم. وهذا عين ما يشيع بين أشخاص هذا النمط العصابى، العدائى. فالشخص العدائى يجد فى هزيمة الآخرين وتحديهم ومعارضتهم إشباعًا وتأكيدًا لقوته وسلطته. ولهذا فهو يشعر بالزهو وبالراحة النفسية كلما تحول من نصر إلى آخر. ولأن شعوره بالزهو والانتصار يتوقف على إيقاع الأذى وعلى تألم الآخرين، فإن معاركه مع الناس لا تنتهى. فهو شخص «مشاغب» بالمعنى الدقيق للكلمة لأن معاركه متعددة وأهدافه من هذه المعارك غير واضحة.

وعلى الرغم من الاختلاف الظاهرى بين العصابى ـ العدائى والعصابى ـ الانصياعى، فإنهما يتشابهان من حيث إن كليهما يدرك الناس من خلال احتياجاتهما الشخصية. فالانصياعى يدرك الناس من خلال حاجته للتأييد والمعاضدة، أما العدوانى فيدرك الناس من خلال حاجته للمنافسة من أجل المنافسة والتحدى من أجل التحدى.

والعدوانى لا يثق فى الناس ويفسر تصرفاتهم على نحو يثير شعوره بالتهديد والخوف. والنمط العدائى يتجه ـ نتيجة لخوفه من التهديد ـ إلى الهجوم المبكر إذا ما أحس بأية علامات لذلك. ولأن تفسير العدوانى للمواقف المختلفة دائمًا ما يتسم بالتهديد والصراع، فإنه يفسر كثيرًا من الأشياء المحايدة كاختلاف الآخرين معه على أنه هجوم شخصى عليه، ولهذا فهو يهاجم ويعادى حتى الأشخاص الذين لا تكون فى نواياهم معاداته أو الهجوم عليه. وخصومه لهذا كثيرون،

ويصعب حتى على المقربين منه (كالزوجة أو الأولاد) أن يرتبطوا به ارتباطًا انفعاليًا دافئًا.

والحياة الاجتماعية للعصابيين ـ العدائيين حياة اجتماعية ضيقة، ويصعب عليهم تكوين علاقات دافئة وتغلب عليهم الوحدة والانعزال، وقد يحدث أحيانًا بسبب فرديتهم الشديدة وتأكيدهم الدائم لتفوقهم وتعاليهم أن يجدوا بعض المعجبين، لكن الغالبية العظمى من الناس تتجنب هذا النمط وتتحاشاه. ولهذا تنتهى حياتهم بالعزلة الكاملة، إلا إذا استطاعوا التعديل من أنماط سلوكهم ونجحوا فى التغلب على مشكلاتهم الانفعالية التى تسم تصرفاتهم بالاعتداء والمواجهة الصارخة.

ونجد أمثلة متعددة لهذا النمط فى شخصية مدير العمل الذى يقسو ويعنف على من حوله خشية من أن يهتز مركزه، والأستاذ الذى يتخذ من سلطته العلمية أداة للسيطرة والتحكم فى تلاميذه، والجارة التى تتنقل من معركة إلى أخرى مع جارتها، والأب الذى يتخذ من دوره الأبوى أداة لقمع حرية أبنائه وسلوكهم.

ثلاثة محاور سلوكية فى علاج القلق

هدفنا هنا هو أن نعرض للقارئ العربى منهجنا الرئيسى فى العلاج النفسى للقلق. وهو منهج تطورت خطوطه العريضة من خلال سنوات من البحث والممارسة فيما يسمى بالعلاج السلوكى المعرفى، الذى نعتبره بمثابة الثورة المعاصرة التى قدمها علم النفس خلال السنوات العشرين الأخيرة من حياة العلاج النفسى وتطوره. وسنحاول هنا أن نعرض للجوانب الرئيسية التى يجب أن يتجه لها العلاج النفسى بصورة تمكن القارئ العام من ممارستها إذا ما استطاع أن يبذل الجهد فى مزيد من القراءات الملائمة، أو الاستشارات النفسية الموجهة (١٩، ٢٠، ٢١).

منهجنا فى العلاج النفسى للقلق يتماثل من حيث تنوع أبعاده مع نفس نظرتنا وتحليلنا للسوك العصابى. فالقلق يرتكز ـ فى وجهة نظرنا ـ على المحاور العصابية نفسها، فهناك **أولاً: التغيرات الانفعالية** غير السارة التى تصحبه، والتى تأخذ أحيانًا شكل تغيرات عضوية خارجية أو داخلية أشبه بالتغيرات التى

تصيبنا فى حالات الخوف كتسارع دقات القلب، والغثيان، وانقباض المعدة، وصعوبات التنفس، وتوتر عضلات الوجه، وتصلب عضلات الظهر، وازدياد «اللازمات» الحركية فى الوجه أو اليدين.. إلخ. وهناك **ثانياً: الجوانب الذهنية** والفكرية، أى مجموعة الأفكار والحجج والمعتقدات التى يخاطب الشخص بها نفسه خلال اختباره للمواقف التى يمر بها الشخص. وتتسم معتقدات الشخص فى حالات القلق بالمبالغة، وإدراك مخاطر لا أساس لها مما أدى بجمهور المعالجين النفسيين إلى وصف فكر الشخص فى حالات القلق باللامنطقية واللاعقلانية. وهناك **ثالثاً: التصور فى السلوك الاجتماعى** الذى يصف الشخص القَلِق فى تفاعلاته اليومية كالخجل، والانزواء، والتردد، وتجنب الآخرين.

لأن هذه المحاور تتفق فيما بينهما فى إبراز القلق وتعميقه، وتطويره فى الشخصية حتى يتحول إلى سمة دائمة فيها، فإن المواجهة الناجحة للتوتر النفسى والعلاج الفعال للقلق يجب فى تصورنا أن تجسد هذه الرؤية المتنوعة فتتجه جهودنا نحو مواجهة كل جانب من هذه الجوانب الأربعة معًا أو على حدة. وفى بعض الحالات الفردية من القلق يسيطر أحد هذه الأبعاد الثلاثة أكثر من الأخرى.. فقد تكون مثلاً بعض المواقف الخارجية شديدة التهديد والامتهان.. بصورة تؤدى تلقائيًا إلى إثارة الاضطرابات فى المناطق الأخرى من الشخصية: **الانفعالية والذهنية والاجتماعية**.. فى مثل هذه الحالات يجب - بالطبع - توجيه جهد أكبر لعلاج الجانب المضطرب قبل الجوانب الأخرى. فالعلاج الطبى بالعقاقير - مثلاً - يكتسب أهمية خاصة عندما تكون مصادر الاضطراب مرتبطة بزيادة النشاطات الاستثارية الانفعالية فى الجهاز العصبى. ومن ثَم يكون البدء بالعقاقير المهدئة لنشاط الجهاز العصبى ضرورة، حتى تُتاح لنا فرصة الانتباه للجوانب الأخرى من الشخصية بما فيها تدريب الشخص على السلوك الاجتماعى المرن والفعال، وتعويده تدريجيًا على ضبط انفعالاته وقدراته على تحمل الصعاب.

خلاصة القول ـ إذًا ـ أنه إذا كان القلق يعبر عن نفسه بلغات ثلاث متعددة، فإن من المنطقى أن يكون العلاج النفسى الفعال هو ذلك الذى يستطيع أن يخاطب هذه الجوانب الأربعة بالتعديل والتغيير. وما سنعرضه من وسائل فنية لعلاج هذه الجوانب يمثل مجموعة من المناهج الحديثة التى تتسم بالفاعلية والنجاح، وتمثل ـ فى مجموعها ـ منهجًا أثيرًا لدينا فى علاج الكثير من حالات القلق والتوتر النفسى. وهو منهج يمكن وصفه بأنه علاج متعدد الأبعاد والمحاور؛ لأن بنيته الأساسية هى علاج الاضطرابات النفسية فى جوانبها: الاجتماعية، والانفعالية، والسلوكية ومصادر التهديد الخارجية مجتمعة.

مواجهة مواقف التهديد

من المعروف أن نسبة كبيرة من الناس تسير مع القول الشائع «ما يأتيك منه الريح سده واستريح» وجريًا مع هذا القول يستجيب الناس للقلق بمحاولات انسحابية وهروبية، وذلك يتجنب المواقف التى يدركونها على أنها مصدر للقلق والانزعاج. ويرتكب الناس بهذا السلوك "التجنبى" الهروبى خطأ كبيرًا من حيث لغة الصحة النفسية. فهناك ما يشير إلى أن الهروب من المشكلات يبعد الشخص عن البحث النشط للحلول الإيجابية والفعالة، وهناك أيضًا ما يشير إلى أن تجنب المواقف التى تثير القلق.. يضيِّق تدريجيًا من فرص الشخص فى النمو، ويؤدى فى النهاية إلى نتيجة معاكسة من حيث زيادة الاضطراب الانفعالى والتوتر. بعبارة أخرى، فإن حل المشكلات بالهروب منها بدلاً من مواجهتها لا يكون علاجًا إلا فى المواقف التى يصعب تكرار تعرض الشخص لها وهى نادرة للغاية. ولهذا يُعتبر ما يُسمى بطريقة «التعويد» التى ولجت حديثًا ميدان العلاج النفسى السلوكى من أنجح الفنيات والأساليب العلاجية للقلق. ويستخدم هذا الأسلوب للتشجيع على مواجهة مواقف القلق إلى أن تتحيد مشاعر المريض نحو هذه المواقف وتتناقص استجاباته الانفعالية المتطرفة نحوها.

ويتم أسلوب **التعويد** Habituation باستخدام **المنهج التدريجى**. ويتم العلاج التدريجى من خلال تعريض الشخص تدريجيًا، وخطوة بخطوة للمواقف التى ندركها على أنها مثيرة للقلق والخوف. ومن رأى چوزيف ولپى Wolpe(٢٢)

الطبيب النفسى المعروف أن التعرض التدريجى للمواقف المثيرة للقلق - إذا ما استخدم مع أساليب أخرى كالاسترخاء العضلى - من شأنه أن يؤدى إلى تبدد القلق واختفاء الكثير من مخاوفنا اللامنطقية من مواقف الحياة المختلفة. وقد أثبت «لازاروس» - الذى أسهم مع «ولپى» فى كتاباته المبكرة، ثم انشق عليه فيما بعد - أن التعرض التدريجى وحده كفيل بأن يؤدى إلى نتائج علاجية ناجحة. وقد أمكننى حديثًا أن أستخدم هذا الأسلوب بنجاح مع محاضر شاب بإحدى الجامعات العربية - إثر عودته من الخارج - للتغلب على القلق الشديد الذى كان ينتابه قبل الدخول لمحاضراته. وقد اعتمدت خطتنا فى ذلك على تعريفه بقواعد هذا المنهج وبوضع قائمة متدرجة بالمواقف المثيرة لقلقه، بدءًا بأقلها إثارة للتهديد (أسبوع قبل الدخول للمحاضرة) حتى أشدها ارتباطًا بالقلق (الدخول للقاعة وتحية الطلاب وبدء الحديث عن موضوع المحاضرة). لقد أمكننا بتدريبه تدريجيًا على أداء كل موقف بثقة إلى التقليل من توتراته الهائجة وتحييد انفعالاته نحو هذه المواقف خطوة خطوة. وجاء بعد ذلك تدريبه المستمر على الاستعداد للمحاضرات وللمواقف الاجتماعية المماثلة بما فى ذلك النقاط التى سيتعرض لها وحتى الأسئلة أو التعليقات المرحة التى سيملأ بها الثغرات بين النقاط العريضة للمحاضرة، وجاء بعد ٤ جلسات ليعبر عن مدى سروره لأول مرة فى حياته - بعد الدخول للمحاضرة والاستئناس بطلابه وتكوين علاقات اجتماعية سهلة بهم.

ويفضل ستامفل Stampfle[٢٣] أن يكون التعرض لمصادر التوتر كليًا ومرتبطًا بكل الثورات الانفعالية المصاحبة لها. ويستخدم بهذا الصدد أسلوبًا معروفًا يطلق عليه الغمر الانفعالى Flooding أو التفجير العلاجى Implosive therapy. وعلى الرغم من أن منهجه يبدو للوهلة الأولى مخالفًا لقواعد التعرض التدريجى، فإنه يقوم على البديهة نفسها التى تحبذ المواجهة بدلاً من التجنب. وتتلخص هذه الطريقة فى تشجيع المريض على تخيل الموقف المهدد فى أقصى صوره الممكنة ولأطول فترة. ويثبت «ستامفل» أن التعرض المباشر لمواقف القلق لفترات طويلة بإعمال الخيال والتصور الذهنى الحى - من شأنه أن يؤدى إلى التخفف تدريجيًا

من القلق المصاحب لهذه المواقف إلى أن يتلاشى تماماً. إلا أن أيزنك[٢٤] ـ من بريطانيا ـ أثبت أن التعرض للمواقف المهددة فى كليتها يؤدى ـ بالفعل ـ إلى التخفف من القلق إذا استمر هذا التعرض لفترات طويلة، لكنه قد يؤدى إلى نتائج عكسية إذا تم لفترات قصيرة ومفاجئة. ولهذا ـ وتأكيداً لنظرية أيزنك ـ نجد أن العصابيين (الذين تتسم حياتهم بالقلق الدائم ـ غالبًا ما ـ يتجنبون اللقاءات العارضة المفاجئة بسبب ما تثيره لديهم من توترات عنيفة، ولكنهم يقدرون على مواجهة هذه المواقف إذا ما أُتيحت لهم فرصة كافية من الاستعداد والتهيؤ.

وكلتا الطريقتين ـ التدريجية والكلية ـ تهدفان ـ على أية حال ـ إلى التغلب على مصادر التوترات الخارجية بالتقليل من القلق والصراعات المصاحبة لها. إلا أن التعرض التدريجى ـ فيما تبين خبرتنا الإكلينيكية ـ يصبح ذا فاعلية أكثر عندما تكون مصادر القلق معروفة وعندما تكون الاستجابة لها حادة وتصل لما يسمى بالفزع. فى مثل هذه المواقف تصعب المواجهة بالغمر الانفعالى، ونجد أن المرضى أنفسهم يقاومون ذلك المنهج إلا إذا كان بالإمكان استخدام بعض المهدئات الطبية كتمهيد للدخول فى العلاج. على أن فوائد العلاج بالغمر تكون ملموسة خاصة فى الحالات التى يتحول فيها القلق إلى طقوس وأفعال قهرية، أى ما يُسمى بلغة علماء النفس المرضى حالات عصاب الوسواس القهرى (اللوازم الحركية والرعشات اللاإرادية، النظافة المبالغ فيها.. إلخ). ولهذا نستخدم هذا المنهج فى علاج حالات التهتهة، الرعشات اللاإرادية، فى اليدين أو مناطق الوجه، قضم الأظافر، طقطقة الأصابع.. إلخ. فى مثل هذه الحالات وعندما تفشل محاولات الضبط المتعمدة، يجب تشجيع الشخص على إثارة هذه الجوانب من السلوك بدلاً من محاولة تجنبها وأن يُطلب منه أن يستمر فى ممارستها إرادياً لفترات طويلة يومياً.. (مثلاً عشر مرات أو أكثر فى اليوم لمدة ١٥ دقيقة). لقد تمكنَّا باستخدام هذا الأسلوب من مساعدة أحد المرضى على التخلص من ارتعاشات غير إرادية محيطة بمنطقة العين اليمنى بخاصة فى مواقف التوتر الاجتماعى. لقد طلبنا منه أن يمارس عمداً هذه الارتعاشات فى منزله لمدة عشر مرات يومياً تستغرق كل منها ١٥ دقيقة يقوم خلالها بإثارة هذه الارتعاشات بأكبر

قدر ممكن. وقد كانت دهشته بالغة عندما لاحظ وجود تناقص ملحوظ بعد يومين فقط من العلاج، إلى أن اختفت هذه الحركات القهرية تمامًا بنهاية الأسبوع الثانى.

عندما يكون القلق تعبيراً عن حدة الانفعالات والتوتر والاستثارة

وعندما يكون القلق هو التعبير المباشر عن الانفعال الشديد، والتوتر العضلى ووراثة جهاز عصبى سريع الاستثارة (المحور الانفعالى)، فإن العلاج الطبى باستخدام العقاقير المهدئة يعتبر من أكثر أشكال العلاج وأكثرها انتشارًا على الإطلاق. فمن شأن بعض الأدوية المهدئة أن تساعد ـ بالفعل ـ على تهدئة ثورة الانفعالات الداخلية. لكن العلاج بالعقاقير ليس علاجًا نفسيًا، ومن المعروف أن هناك آثارًا جانبية سيئة له كالإدمان أو الإفراط يمكن أن تتطور لدى المريض بخاصة إذا لم يكن تحت إشراف طبى مباشر، فضلاً عن هذا فإن من المعروف أن حالات القلق قد تعود حالما يتوقف الشخص عن التعاطى، ولهذا فإننا نجد ـ من جانبنا ـ أن بالإمكان مواجهة الجانب الانفعالى من القلق بمناهج سلوكية من أبرزها ما يُسمى بمنهج الاسترخاء (الفصل الخامس). لكننا نؤكد هنا أن الاسترخاء العضلى بطريقة منظمة عضلة عضلة أصبح الآن منهجًا أثيرًا للتغلب على التوترات العضلية المصاحبة للقلق. إن هناك الكثير من الأعراض البدنية المصاحبة للقلق أصبح الآن ممكنًا علاجها بهذا المنهج بما فيها الصداع، وآلام الظهر وخفقان القلب، وارتفاع ضغط الدم، وآلام الساقين والذراعين وغيرها من الشكاوى الدالة على التوتر العضلى والنشاط العضوى المفرط. لهذا نجد أحيانًا أن مجرد الاسترخاء العادى بالرقاد على أريكة أو الجلوس فى مكان مريح هادئ قليل الإضاءة والضجيج، من شأنه أن يؤدى إلى تغيرات انفعالية ملطفة.

وفضلاً عما للاسترخاء من آثار انفعالية مهدئة بشكل عام، فإنه يُستخدم بمصاحبة العلاج التدريجى للتغلب على ما تسببه المواقف الخارجية من توترات وصراع. وهناك ما يؤكد فاعلية هذا المنهج فى علاج حالات القلق الجنسى كالقذف السريع، وضعف الانتصاب عند الذكور وذلك بإرخاء الأجزاء السفلى من الجسم والساقين فى الدقائق الأولى السابقة على الاتصال الجنسى.

لكن التوترات النفسية والقلق لا يمكن عزلهما عن الطريقة التى يفكر بها الشخص وعما يحمله عن نفسه وعن المواقف التى يتفاعل معها من آراء ومعتقدات. ولهذا نجد أن «أليس» Ellis(٢٥) و «بيك» Beck(٢٦) الأمريكيين يشيران بوضوح إلى أن القلق العصابى يعتبر نتيجة مباشرة للطريقة التى يفكر بها الشخص فى نفسه وفى الخارج وليس بالضرورة لخصائص خارجية مهددة، لقد أطلقنا على هذا الجانب من القلق: المحور الذهنى، وهو محور يحظى باهتمامنا بخاصة عندما يكون الشخص من النوع الذى يتميز تفكيره بالمبالغة، وتوقع الخطر والانهيار والكوارث. ولعلاج هذا الجانب يتجه الاهتمام إلى تشجيع الشخص على التفكير بواقعية فى الموقف وفى نفسه وفى إمكاناته. ويقترح «مايكنباوم»(٢٧) Meichenbaum من كندا أن من أنجح الوسائل للتغلب على التفكير الانهزامى للشخص فى حالات القلق فى أن ننبهه إلى الأفكار والآراء التى يرددها بينه وبين نفسه (المونولوجات) عندما يواجه موقفًا يتسم بالتهديد. إن من رأى هذا العالم أن القلق الذى ينتابنا من المواقف المختلفة يعتبر نتيجة مباشرة لما نقوله لأنفسنا وما نقنع به ذواتنا من أخطار وكوارث. ولهذا فهو يقترح منهجًا يقوم على تعديل محتوى ما يقوله الشخص لنفسه فى المواقف التى يراها مهددة لنفسه وأمنه وفق ثلاث قواعد رئيسية:

(١) أن تقنع نفسك بأن الخوف والهلع الذى يمتلك مشاعرك عند التفكير فيما قد يحدث من أشياء سيئة أسوأ بكثير من الأشياء التى ستحدث فعلاً. قل لنفسك بأنك ستحول الموقف إلى أسوأ مما هو عليه بالفعل بتفكيرك وتهويلاتك.

(٢) إقناع النفس بشتى الوسائل الممكنة أن الموقف الذى يثير مخاوفك الآن سينتهى حتمًا.

(٣) القاعدة الثالثة هى أن تقول لنفسك إن التخلص من كل المشاعر المكدرة والتوترات المرتبطة بالقلق تمامًا أمر صعب، إذ لابد أن نقبل بعض جوانب التوتر مؤقتًا.

وثمة طرق أخرى لمواجهة أخطاء التفكير وتعديل الاتجاهات الانهزامية نحو النفس بين القَلِقين. فالحوار المنطقى العاقل مع النفس، . ودحض الأفكار الخاطئة التى تثير المخاوف والاكتئاب، وتحصيل معلومات دقيقة عن المواقف التى نعتقد أنها مهددة، وتجنب التفسير السلبى للمشاعر التى يحملها الآخرون عنك، وتعويد النفس على التفكير فى نقاط القوة عند التصدى لحل المشكلات الاجتماعية والعاطفية.. كل ذلك ينطوى - دون شك - على إمكانات هائلة فى تعديل الاضطراب النفسى والقلق.

تدريب النفس على الحرية والتلقائية الاجتماعية

أما من حيث الجانب الاجتماعى، فمن المعروف أن السلوك الاجتماعى للشخص القلق يتسم بخصائص تتذبذب بين أقطاب متعارضة كالانصياع الشديد، والعدوان، والخجل، والاندفاع، التحدى أو تجنب المشكلات والهروب منها. وقد بينَّا فى أحد الفصول السابقة عن العلاج السلوكى أن هذه الجوانب على الرغم من التناقض الظاهر بينها يمكن فهمها فى ضوء ما يتسم به السلوك العصابى من قيود انفعالية تكبل تلقائية الشخص وحريته فى الاستجابة للمواقف المتعارضة.

ونجد فى الوقت الحالى - أدلة قوية تثبت أن قيام الشخص القلق بالتعبير عن مشاعره بحرية من خلال التصرفات السلوكية والاجتماعية الملائمة من شأنه أن يؤدى إلى تضاؤل القلق بشكل ملحوظ. ويحظى هذا الجانب باهتمام كثير من المعالجين، ويمثل أحد الفصول المهمة فى كتب العلاج السلوكى الحديثة. ويدرس تحت عناوين مختلفة منها تأكيد الذات، أو تدريب القدرة التوكيدية، أو التدريب على الحرية الانفعالية. ويقوم هذا المنهج على بديهة علمية قوامها أن تدريب النفس على التعرض للمواقف الاجتماعية المثيرة للخوف والانفعال والقلق وأنت تعرف مسبقًا ما الذى ستقوله فيها، وكيف تتصرف خلالها، وإدراكك لحقوقك والتزاماتك إزاء هذه المواقف، فإن من الطبيعى أنك ستكون أكثر هدوءًا وقدرة على التحكم فى انفعالاتك عند مواجهتك إياها.

فضلاً عن هذا، إن كثيرًا من العلاقات الاجتماعية تتطلب تواصلاً نشطًا بالآخرين، ولهذا فإن العلاقات الاجتماعية السليمة تحتوى على مزيج من

الانفعالات المتنوعة بها فيها الغضب أحيانًا، تبادل مشاعر الحب والود أحيانًا أخرى، اللوم، الإعجاب، الضيق. ومن المعروف أن قدرة الشخص القلِق على تبادل المشاعر تقل فى المواقف الاجتماعية نتيجة لما يؤدى إليه القلق من قيود وعجز. ولهذا نجد أن الشخص فى مواقف القلق يقمع رغبته فى التعبير عن مشاعره الحقيقية، ويكتم معارضته أو قبوله أو يرغم نفسه على قبول أشياء لا يحبها، أو يهرب من أشياء يحبها.. ومن ثَم تجىء أهمية تدريب الشخص على التعبير عن الانفعالات بجوانبها الإيجابية (الحب والإعجاب مثلاً) والسلبية (الغضب والعدوان والرفض). إن حرية التعبير عن الانفعالات والقلق لا يجتمعان معًا. ويتعارض التعبير بحرية عن الانفعالات بما يتسم به من تلقائية، مع القلق والعصاب بما فيهما من قيود.

ويتم تدريب القدرة على حرية التعبير الانفعالى بأساليب أخرى متنوعة، منها مثلاً التدريب على **تنطيق المشاعر**(٢٨) والتعبير عن أى انفعال بكلمات صريحة منطوقة. وينصح المعالجون أيضًا بأن يتشجع الشخص على إحداث استجابات بدنية ملائمة للانفعال، فاستخدام الإشارات والحركة الرشيقة، وتشكيل ملامح الوجه بطريقة ملائمة، والاحتكاك البصرى المناسب من شأنها جميعًا أن تتضافر لإحداث الثقة بالنفس فى مواقف التفاعل الاجتماعى بما يخفف من آثار القلق والاضطراب.

ويثبت «باندورا» أن كثيرًا من استجاباتنا المرضية والسوية تُكتسب بفعل مشاهدة الآخرين والتأثر بهم أى **القدوة**. لهذا فإن من الممكن تدريب القدرة على التوكيدية واكتساب المهارة الاجتماعية الضرورية للنجاح من خلال ملاحظة الآخرين، أو الاقتداء بهؤلاء الذين تتوافر فيهم هذه القدرات بشكل واضح. ولهذا فإن من الثابت أن القلق يختفى فى بعض المواقف الاجتماعية المهددة (مقابلة شخصية للعمل مثلاً) عندما نسمح للشخص أن يشاهد أشخاصًا يؤدون هذا الموقف بنجاح فى أفلام أُعدت خصيصًا لهذا الغرض. ومن ثمة قد نستخدم ما يُسمى بأسلوب تمثيل الأدوار كطريقة من العلاج. فإذا تأتَّى للشخص أن يقوم بتخيل المواقف المهددة، ثم أن يمثل بنفسه ـ أو مع معالجه ـ الموقف كما يوده أن

يحدث، مرات ومرات حتى يتقنه، فإنه سيكسب كثيرًا من القدرات التى ستمكّنه من مغالبة القلق عند المواجهة الفعلية للموقف المهدد.

قاسم مشترك

إن الأساليب التى عرضناها حتى الآن تتضافر جميعها فى مبدأ عام، وهو أن مغالبة القلق تأتى بالتعرض وليس بتجنب المواقف والأفكار المثيرة للقلق حتى نعتاد عليها. ولهذا فإن من بين كل تيارات العلاج النفسى منذ قرون نجد أن أنجحها هى تلك التى تخطط للتعرض ومواجهة القلق. إن مخاوفنا ومصادر القلق لدينا ستختفى ما إن نواجهها بتصميم. وكل هذه الطرق التى أشرنا إليها سابقًا ما هى إلا طرق لمواجهة القلق والتعرض له فى الجوانب الثلاثة التى سبقت الإشارة إليها. ولكى نضمن أكبر قدر من الفاعلية فى استخدام هذه الطريقة هناك بعض التوجيهات:

ـ التعرض لمواقف القلق مطلب ضرورى للصحة. وسواء تم هذا التعرض من خلال تخيل هذه المواقف، أو من خلال الدخول فيها بشكل فعلى، فإن النتيجة واحدة. إلا أن من الأفضل أن يتم تعرضنا بطريقة تخيل هذه المواقف، ثم أن ننتقل بعد ذلك للمواقف الفعلية المرتبطة بإثارة القلق.

ـ كلما كان التعرض للمواقف الانفعالية مبكرًا ولفترات طويلة كان تأثيره أنجح، فمن الأفضل مواجهة الخطر منذ البداية والاستمرار فى مواجهته حتى يتلاشى دائمًا.

ـ إن القلق الذى يحدث خلال العلاج فى المواقف التدريجية أو مواقف التفجير الانفعالى لا يؤدى ـ عادة ـ إلى نتائج أو مضاعفات. وما زال بعض الأطباء والمعالجين حتى الآن يترددون فى السماح لمرضاهم بالدخول فى مواقف تثير القلق خوفًا من الإصابة بمشكلات انفعالية. لكن هذا غير صحيح ولا يوجد ما يدل على حدوث هذه المضاعفات، بل يوجد ما يدل على أن نوبات الفزع التى تتم فى المواقف الفعلية من خلال التعرض للخطر فى موقف العلاج تكون أقل من السابق، وهناك ما يدل على أن إثارة القلق بشكل مقصود فى مواقف التدريب والعلاج النفسى لا تؤدى إلا إلى تقليد باهت لنوبات الفزع الحقيقية التى تصيبنا فى هذه المواقف الفعلية.

الخلاصة

الشخصية العصابية مفهوم يصف أنواعًا من السلوك الذى يتسم صاحبه بالقلق وبسرعة الاستثارة الانفعالية، وتجنب المواقف التى تستثير الانفعالات. ويجد الشخص العصابى صعوبة واضحة فى التعبير عن الانفعالات (عدا القلق)، ويفتقد لغة التواصل الاجتماعى القائم على الأخذ والعطاء، ولا يمكن عزل العصاب ـ كاضطراب نفسى ـ عن الطريقة التى يفكر بها الشخص العصابى، حيث تبين أن العصابيين ـ عمومًا ـ يميلون للمبالغة والتهويل والتوجس واللاعقلانية والتطرف.. وتسهم هذه الخصائص السلوكية فيما بينها فى تحويل الشخص إلى الاضطرابات النفسية الشائعة بما فيها الخوف، والقلق، والوسواس، والافتقار إلى تأكيد الذات والحرية الانفعالية. ويقدم هذا الفصل عرضًا للأساليب السلوكية الحديثة فى علاج الاضطرابات العصابية بالتركيز على القلق. وقد تناولنا هذه الأساليب من خلال التركيز على الجوانب المختلفة التى تصف الاضطراب العصابى. ومن ثَم يجد القارئ عرضًا للأساليب السلوكية الفعالة، ومن أهمها: أساليب اليد والتدرج فى مواجهة مواقف التهديد، والغمر الانفعالى، والاسترخاء العضلى، والعلاج المعرفى لتعديل أخطاء التفكير وتشجيع العقلانية، وتدريب المهارات الاجتماعية بحيث يمكن للشخص أن يتعرض للمواقف الاجتماعية ويعالجها بمهارة وإدراك لحقوقه والتزاماته إزاءها.

مراجع وتعليقات

1 - Dyer, W. (1985). **What do you really want for your children?**. New York: Avon Press.

2 - Greenberg, S. I. (1971). **Neurosis is a painful style of living**. New York: Signet.

3 - Ellis, A. (1987). The evolution of rational emotive therapy (RET) and cognitive behavior therapy (CBT). In J. K. Zeig (Ed.) **The evolution of psychotherapy**. New York, N. Y.: Bruner/ Mazel, Inc.

4 - Ellis, A. (1961). **Reason and emotion in psychotherapy**. New York: Lyle Stuart.

٥ ـ جبران خليل جبران، **النبى**، ترجمة: ثروت عكاشة.

6 - Beck, A. T. (1987). Cgnitive therapy In J. K. Zeig (Ed.) **The evolution of psychotherapy**. New York, N. Y.: Bruner/ Mazel, Inc.

٧ ـ إبراهيم (عبد الستار). (٢٠٠٥) القلق: قيود من الوهم. القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية.

8 - Greenberg, S. I. (1971). op. cit.

9 - Beck, A. & Emery, G. (1985). **Anxiety disorders and phobias: A cognitive perspective**. New York: Basic Books.

10 - Beck, A., Freeman, A,. & Associates (1990). **Cognitive therapy of personality disorders**. New York, N. Y: Guilford Press.

11 - Ellis, A. (1988). **How to stubbornly refuse to make yourself miserable about anythingyes, anything**. Syracuse. N. J: Lyle Stuart.

12 - Ellis, A, et a1 (1989). **Rational emotive couples therapy**. New York: Pergamon.

13 - Dryden, W, & DiGiuseppe, R. M. (1990). **A primer on Rationalemotive therapy**. Champaign, I ll. Research Press.

١٤ ـ إبراهيم (عبد الستار) (٢٠٠٨). **علم النفس الإكلينيكى: مناهج التشخيص والعلاج النفسى**. مصر: مكتبة الأنجلو.

١٥ ـ إبراهيم (عبد الستار) (١٩٨٣) **العلاج النفسى الحديث: قوة للإنسان** القاهرة: مدبولى.

16 - Greenberg, S. I. (1971). op. cit.

١٧ ـ إبراهيم، عبد الستار (١٩٨٩). التعرف على حالات القلق. **مجلة العربى**، العدد ٣٦٩ (ص ١١٦ ـ ١٢٦).

١٨ ـ إبراهيم، عبد الستار (١٩٩٠). محاور أربعة فى علاج القلق. **مجلة العربى**، العدد ٣٧٤ (ص ص ١٢٣ ـ ١٣٥).

١٩ ـ إبراهيم، عبد الستار الدخيل، عبد العزيز، رضوى، إبراهيم (١٩٩٣) موجتان من التطور بحركة العلاج النفسى. **مجلة علم النفس**، العدد ٢٦ (ص ص ١٦ ـ ٢٦)

20 - Wolpe, J. (1987). The promotion of scientific psychotherapy. In J. K. Zeig (Ed.) **The evolution of psychotherapy**. New York, N. Y.: Bruner/ Mazel, Inc.

21 - Stampfl, T. G. & Levies, D. J. (1976). Implosive therapy: A behavioral therapy. In J. T. Spence, R. C. Carson, & J. W. Thibaut (Eds.) **Behavioral approaches to therapy** (PP. 89 - 110). Morristown, N. J: General Learning Press.

22 - Eysenck, H. J. (1979). The conditioning model of neurosis. **Behavioral and Brain Sciences**. 2, 15 - 166.

23 - Ellis, A. (1987). The evolution of rational emotive therapy (RET) and cognitive behavior therapy (CBT). In J. K. Zeig (Ed.) **The evolution of psychotherapy**. New York, N. Y.: Bruner/ Mazel, Inc.

24 - Beck, A. T. (1976). **cognitive therapy and the emotional disorders**. New York: International Universities Press.

25 - Meichenbaum, D. (1973). Cognitive Factors in behavior modification: Modifying What clients Say to themselves. In Cyril Franks and GeRald WIlson (eds) **Annual Review of behavior Therapy**. New York: Bruner/ Mazel.

26 - Lazarus, A. (1971). **Behavior Therapy and beyond**. New York: MGraw Hill.

الفصل الثانى عشر

العلاجات السلوكية والاضطرابات العقلية

الفصام بخاصة

حظى موضوع العلاج السلوكى للاضطرابات العقلية بما فيها الفصام باهتمام مبكر من المعالجين السلوكيين. وبفضل هذا الاهتمام الذى بدأ مواكبًا لظهور الثورة السلوكية فى العلاج النفسى (فى الخمسينيات تقريبًا)، وبفضل ما نُشر من بحوث ودراسات للحالات الفردية، وما نُفذ من برامج سلوكية فى المؤسسات العقلية فى مجالات الفصام، بفضل ذلك أمكن تحقيق إنجازات علاجية كثيرة يمكن صياغتها على النحو الآتى:

١ ـ أصبح من الممكن للفصاميين حتى أشدهم إزمانًا وتعذرًا على العلاج، أصبح بإمكانهم أن يكتسبوا كثيرًا من السلوك الإيجابى، وأن يتخلصوا من كثير من الجوانب الشاذة أو أن يعدلوا منها، وذلك باستخدام مبادئ التعلم والقوانين السلوكية.

٢ ـ إن هذه التأثيرات هى تأثيرات علاجية. ومن ثَم فإن إحداثها يؤدى إلى تأثيرات إيجابية بارزة فى السلوك العام للفصامى. فضلاً عن هذا، فهى تؤدى إلى التقليل الملحوظ من الانتكاسات التى تصيب الفصاميين بعد تسريحهم من مؤسسات العلاج.

٣ ـ إن القواعد والمناهج السلوكية التى استُخدمت فى هذا المجال حتى الآن يمكن بلورتها بوضوح كمبادئ مستقلة ومختلفة عن مدارس العلاج النفسى والطبى الأخرى.

لكننا نعترف مع هذا أن اهتمام مدارس العلاج السلوكى بالأمراض العقلية قد بدأ متأخرًا عن اهتمامهم بالاضطرابات الاجتماعية والنفسية الأخرى، كالقلق والخوف والاكتئاب.

وحتى الآن، وعلى الرغم من الإنجازات الضخمة التى حققها المعالجون السلوكيون فى تعديل السلوك الفصامى، وفن إدارة العنابر العلاجية التى يمثل الفصاميون فيها عادة الشريحة الكبرى، حتى الآن مازال الاهتمام بهذا المجال محوطًا باللغط والجدل والتردد. وقبل أن ندخل فى تحليل الأسباب التى ارتبطت بهذا الجدل من الضرورى أن نوضح مفهوم الفصام أو المرض العقلى كما يراه المعالج السلوكى. فما العلاج السلوكى؟ وما الأساليب التى تُستخدم فى هذا المجال؟ وأهم النتائج التى واكبت تطويع المبادئ السلوكية فى العلاج النفسى فى ميدان الفصام والأمراض العقلية؟ إجابة هذه الأسئلة تشكل الأهداف الرئيسية من هذا الفصل.

الفصام كما يراه المعالج السلوكى المعرفى

إن الاتفاق بين المعالجين السلوكيين على ما يعنيه الفصام أقل بكثير مما هو عليه الحال بين الزملاء الآخرين من خبراء الصحة العقلية. ويشكو الكثير من المعالجين السلوكيين من أن المحكات التى يستخدمها إخصائيو الطب العقلى والنفسى محكات غير متكاملة وتفتقد إلى الثبات. فضلاً عن هذا، فهم يشاركون زملاء المهنة الآخرين شكواهم من أن مفهوم الفصام ذو طبيعة غير متماسكة أو مترابطة. صحيح أن مرشد الطب النفسى الأمريكى(١) يرصد عددًا من الأعراض المميزة للفصام، لكن هذه الأعراض تتداخل فى الأشكال المختلفة عن الفصام، فضلاً عن أن هناك أشكالاً من الفصام توجد فيها أعراض لا توجد فى الأشكال الأخرى على الإطلاق.

ويفضل المعالجون السلوكيون السلامة فيما يتعلق بهذا الجدل فى تعريف المرض العقلى أو النفسى، ومن ثَم فإنهم يفضلون عند التعامل مع الفصام أو غيره التركيز على جوانب من السلوك الشاذ التى يمكن ملاحظتها وتقديرها وتعديلها. وذلك بدلاً من الاعتماد على عملية التشخيص بالمعنى التقليدى. والمعالج السلوكى

فى هذا يشبه تمامًا زميله الطبيب النفسى عندما يستخدم العلاج بالعقاقير. فمن المعروف أن عملية العلاج بالعقاقير تعتمد على ملاحظة التغيرات السلوكية أكثر من اعتمادها على عملية التشخيص[٢].

إن المعالج السلوكى ـ ببساطة ـ لا يتعامل مع المرض، ولكن مع الأنماط السلوكية التى تصف المرض وتشرحه، وتسهم فى تطوره، وعلاج الفصام ـ فى ضوء هذا التصور يعنى تعديل أو علاج أنواع السلوك التى أدت إلى تشخيص مريض معين بالفصام.

ولهذا نجد أن من أحد المطالب الرئيسية للعلاج السلوكى عند البدء فى أى برنامج علاجى فى مجال المرض العقلى بما فى ذلك الفصام أن نحدد بالضبط السلوك الذى نرغب فى التخلص منه، ويوضح الجدول رقم (٨) بعض الصياغات السلوكية المقبولة بين المعالجين السلوكيين لبعض التشخيصات السيكياترية الشائعة.

جدول رقم (٨)

الصياغات السلوكية لبعض الاضطرابات الرئيسية

الاضطراب	الصياغـة السلوكيـــــــة
١ ـ عصاب	ـ وجهه يشحب ـ يغص أو يبلع ريقه كثيرًا ـ يتوجس ـ يخاف ـ يرطب شفتيه ـ يعانى من صعوبات تنفس ـ يعرق بغزارة ـ أطرافه باردة ـ يجزع بشدة ـ لا يستطيع رد الإهانة ـ يردد عبارات مثل (أنا قلق أو خائف).
٢ ـ ذهان	ـ يضحك بدون سبب ـ يتحدث مع نفسه بصوت عالٍ ـ استجابات شاذة مثلاً: (ينزع ملابسه علنًا) ـ أفكار غير مترابطة ـ يتفجر بالغضب دون سبب واضح ـ لغته مفككة ـ يلعب بأعضائه التناسلية علنًا

الاضطراب	الصياغـة السلوكيـــــــة
٣ ـ فصام	ـ يرى أو يسمع أشياء لا يحسها الآخرون ـ يهلوس ـ تتملكه هواجس ثابتة ـ يصعب عليه التفكير ـ يسب ـ يعتدى دون سبب ـ يرفض العلاج ـ يتكلم بلغة مفككة ـ شديد الانسحاب ـ لا يكترث لمن حوله ـ لا يكترث لمرضه.
٤ ـ اكتئاب	ـ يبكى ـ ساهم ـ بطىء الحركة ـ يردد عبارات مثل: أنا مكتئب ـ يرفض الطعام ـ وزنه يتناقص بمقدار(..) ـ يردد عبارات دالة على اليأس ـ ينتقد نفسه بشدة ـ يلوم نفسه بشدة ـ يصف نفسه بأنه مريض ـ يعبر عن شكاوى مرتبطة بالأرق أو صعوبات فى النوم

وهكذا نجد أن المعالج السلوكى عندما يتعامل مع مرض معين لا يتعامل معه بصفته التجريدية التشخيصية؛ لأنه يعرف مدى صعوبة وضع هذه الأنماط المجردة للعلاج المباشر والضبط. وهو يفضل بدلاً من ذلك تحليلها إلى عناصر سلوكية أكثر نوعية وتحديدًا، والشائع الآن ـ وكما ترى من الجدول السابق ـ النظر إلى الفصام على أنه مفهوم يجمع بين **عناصر سلوكية تشمل وجود هلاوس، هواجس، اضطرابات فى الانتباه، ضعف فى عمليات الترابط، التفكك اللفظى (يعنى اضطرابات فكرية أو معرفية)، اضطراب فى السلوك الحسى ـ الحركى ـ السب ـ القلق ـ الانسحاب الاجتماعى الشديد ـ عدم الاكتراث بالمرض (عدم استبصار)، ضعف الاستجابات الوجدانية.**

وهكذا نجد باختصار أنه بينما يركز الفصل الراهن على موضوع علاج الفصام، فإن طبيعة المنهج السلوكى تتطلب التركيز على علاج أنواع المشكلات السلوكية التى تسود وتنتشر بين من نطلق عليهم (فصاميون). بعبارة أخرى، فإننا نركز هنا ـ وببساطة ـ على علاج المشكلات السلوكية المعرفية لدى الفصاميين.

لماذا تأخر ظهور العلاج السلوكى للفصام؟

يبدو أن سبب تأخر المعالجة السلوكية للاضطراب الفصامى يعود لانتشار بعض المعتقدات الخاطئة فى تفسير السلوك الفصامى، وقد أدت هذه المعتقدات فيما يبدو إلى ردود فعل عاطفية أسهمت فى إثارة الشكوك حول استخدام مناهج التعلم ومبادئ الاكتساب التى يعتمد عليها العلاج السلوكى فى ميدان علاج الفصام. وفيما يلى سنوضح بعض هذه المعتقدات التى انتشرت على نحو غير مفهوم ـ أو على الأقل أدت إلى استنتاجات خاطئة فى علاج الفصام.

الزعم الأول: الفصام مفهوم عام وفضفاض وغير مترابط

صحيح أن خبراء الصحة العقلية يتفقون بشكل عام على عدم وجود محكات ثابتة لتشخيص الفصام، لكن المعالج يتجنب هذا الجدل بكامله ـ كما رأينا ـ من خلال التركيز على أنواع السلوك الفصامى، ومن ثَم فهو يركز على علاج السلوك المضطرب الذى ينتشر بين الفصاميين، ويقيس المعالج السلوكى نجاحه فى العلاج من خلال التغيرات السلوكية الإيجابية فى السلوك المحورى (هلاوس ـ هواجس ـ عدوان ـ انفجارات انفعالية ـ قصور فى المهارات الاجتماعية كالحديث أو الحوار... إلخ). ومن ثم، فإن الافتقاد للتماسك فى مفهوم الفصام بالمعنى الطبى لا يعنى أن العلاج السلوكى أمر متعذر. فالعلاج السلوكى يتبنى مفهومًا عمليًا وسلوكيًا ويجب تقييم فاعليته فى علاج الفصام على هذا الأساس.

الزعم الثانى: الفصام ذو مصدر بيولوچى مما يجعله متعذرًا على العلاج بالأساليب غير العضوية بما فيها العلاج السلوكى المعرفى

صحيح أن نسبة كبيرة من المعالجين السلوكيين ومن خبراء الصحة العقلية يتفقون أن الفصام اضطراب (بيولوچى)، وصحيح أن البحوث المعاصرة تثبت أن الأساس البيولوچى والوراثى يلعب دورًا مهمًا فى تطور الأعراض الفصامية وظهورها، لكن من المعروف أيضًا أن العوامل البيئية تلعب بالمثل دورًا مهمًا فى ظهوره وتطور أعراضه، مما يجعل التناول السلوكى ممكنًا على الأقل بالنسبة إلى بعض المشكلات المهمة فيه.

إن المفهوم الحديث للفصام يركز على النموذج الذى يتبناه «زوبن» و «سپرنج» (فى المرجع٣ فى نهاية هذا الفصل) والذى يرى أن الأعراض الفصامية تنشأ نتيجة للتفاعل بين الاستعدادات البيولوچية، والضغوط البيئية. ويوضح «بيلاك» و «مويسر»(٤) أن الاستعداد البيولوچى للفصام يتكون من عوامل متعددة، منها وجود عوامل وراثية وعوامل نمو، أو اضطرابات بيوكيميائية (كزيادة نسبة الدوپامين Dopamine) كذلك يمكن أن نضم لهذه القائمة العوامل الخاصة بزيادة الاستجابات الاستثارية فى الجهاز العصبى المركزى (فى المرجع ٥).

أما الضغوط التى تبين أنها تتفاعل مع الاستعدادت البيولوچية فى تطور الأعراض الفصامية، فهى تشتمل على الشروط والحوادث البيئية التى تؤثر تأثيرًا سلبيًا فى الفرد بما فيها **الأزمات الاجتماعية، وأنماط التواصل الخاطئة، والوضعية الطبقية** (مثلاً: الفصام يشيع فى الطبقات الفقيرة أكثر من الطبقات المتوسطة أو العليا). وتمتد الضغوط لتشمل التغيرات والحوادث الخاصة بالفرد كالمرض والعقاقير والمخدرات (٦).

ومن المعروف أنه كلما زادت درجة الاستعداد البيولوچى أو الاستهداف العضوى للمرض.. قل وزن الضغوط البيئية والشخصية فى إحداث الاضطراب. وبالعكس فإن أى ضغوط ولو كانت ضئيلة، ستؤدى إلى إثارة الأعراض الفصامية فى الشخص المستهدف بيولوچيًا لذلك.

ويبدو أن ترجمة الضغوط فى حالات الاستهداف البيولوچى إلى أعراض فصامية تتوقف على القدرات التكيفية للفرد، أى على ما اكتسبه من قبل من وسائل تمكّنه من حل المشكلات الاجتماعية والتعامل مع الصراعات والأزمات والمهارات الاجتماعية ورعاية النفس. ولهذا تمتد القدرات التكيفية للفرد لتشمل قدراته اللغوية، وقدراته على استخدام وسائل المواصلات والتعامل مع النقود، والرعاية الصحية للنفس والتعامل مع الآخرين وفنون الاحتكاك بالمجتمع. ومن المؤكد أن التدريب على القدرات التكيفية وهو من عمل المعالج السلوكى ـ ستقلل بكثير من الآثار السلبية للضغوط أو ستقلل على الأقل من حدة الشعور بها أو من استمرار تأثيرها السلبى.

الزعم الثالث: الفصام يمكن علاجه بنجاح باستخدام العقاقير الطبية فقط

لا شك أن تطور العقاقير الطبية المضادة للذهان قد أحدث ثورة هائلة فى حركة الصحة العقلية وتطور العلاج الطبى للفصام منذ ١٩٥٠؛ لكن بعض التقارير الطبية الحديثة تكشف فى هذا الصدد عن بعض المشكلات والتى منها إن قرابة ٥٠٪ من الفصاميين لا يستجيبون إيجابيًا للأدوية الذهانية (٧ ، ٨ ، ٩، ١٠)، ومن بين الذين يستجيبون إيجابيًا لها تحدث بين قرابة ٣٠٪ منهم انتكاسات فى خلال عام و ٥٠٪ تحدث انتكاساتهم فى خلال عامين (المرجعان ١١، ١٢). وعلى الرغم من أن هذه العقاقير تنجح فى علاج بعض الأعراض كالهلوسة، والهواجس فإن أعراضًا فصامية أخرى ومهمة مثل عدم الاكتراث، والانسحاب الاجتماعى وفقدان القدرة على النشاط والحركة لا تتأثر علاجيًا بهذه العقاقير(١٣). هذا فضلاً عن أن الآثار الجانبية للعقاقير الذهانية ـ والموثقة توثيقًا جيدًا ـ تكون أحيانًا ذات أثر سلبى لا يقل عن الآثار السلبية التى يتركها الاضطراب نفسه على الشخصية. صحيح أن هناك عقاقير أخرى تُعطى للتحكم فى هذه الآثار الجانبية؛ لكن حتى هذه لها أيضًا آثارها الجانبية(١٤). والخلاصة، ومع الاعتراف بدور العقاقير المهم فى ميدان الفصام، إلا أنها ليست البلسم الشافى لكل المرضى الفصاميين، ولكل الأعراض الفصامية. ومن المؤكد أن مناهج أخرى من العلاج والتأهيل، وتدريب القدرات التكيفية الاجتماعية للمرضى الفصاميين تُعتبر مطلبًا رئيسيًا. ولا شك أن العلاج السلوكى يُعتبر من المناهج العلاجية الرئيسية المطلوبة لهذا المجال.

أهداف العلاج السلوكى للفصام

كيف يمكن أن نقيِّم فاعلية برنامج علاجى معين؟ يمكن ـ بالطبع ـ تحقيق ذلك بملاحظة مدى تحقيق هذا البرنامج لبعض الأهداف المحددة. ومن ثَم يمكن تحديد ثلاثة أهداف رئيسية للعلاج السلوكى للفصام:

١ ـ أهداف متعلقة بزيادة القدرات التكيفية والتوافق للمجتمع

من المتفق عليه بين أقطاب العلاج السلوكى (١٥، ١٦، ١٧) أن الهدف الرئيسى من العلاج السلوكى للفصام هو: التغيير فى جوانب من سلوك الفرد بحيث

يستطيع أن يمارس حياة فعالة خارج المستشفى. ويمكن معالجة التوافق الاجتماعى الجيد فى ضوء أربع فئات رئيسية، هى:

* تخفيض حدة الأنماط السلوكية المضطربة أو إزالتها.

* تنمية القدرة على تكوين علاقات شخصية اجتماعية فعالة (مثل القدرة على رعاية الذات، والاهتمام بالتفاعل الاجتماعى والدخول فى علاقة شخصية وتطور مهارات الاتصال).

* تنمية القدرة على التوافق المهنى والقابلية للتدريب أو بتعبير «پول»[١٨] ما يسمى بالفاعلية فى أداء الدور.

* وهناك الفئة الرابعة من الأهداف التى بدأت تنمو فى الحقبة الأخيرة وهى تتعلق بتغيير بعض العوامل المهمة مثل صورة الذات أو اعتبار الذات[١٩]، والقدرة على حل المشكلات المستعصية [٢٠].

ومن الجدير بالذكر أن غالبية الدراسات المنشورة عن العلاج السلوكى تثبت وجود تغيرات أساسية فى الأنماط السلوكية الخاصة بأحد الأهداف السابقة على الأقل، ومن ثَم يمكن اعتبارها متصلة بالهدف الأشمل الخاص بالتوافق للمجتمع. وينبغى هنا أن نشير إلى أنه لا يجب النظر إلى جوانب التحسن فى السلوك كما تظهر لدى الفرد فى داخل المستشفى على أنها منفصلة عن تلك التى ينبغى أن تظهر بعد خروجه من المستشفى، إذ إن عملية تقييم التوافق مع المجتمع الخارجى ينبغى أن تبدأ فعلاً فى داخل المستشفى. ذلك لأن تأثير التغيرات الحاسمة يمكن الإحساس بها فى داخل المستشفى وتظهر فى الجوانب المتعددة من التفاعل مع بيئة المستشفى. مثال هذا أن نلاحظ مثلاً أن اتجاهات العاملين نحو المريض تبدأ فى التغير (٢١، ٢٢، ٢٣، ٢٤)، كذلك يبدأ الآباء والزائرون فى الاستجابة بطريقة إيجابية مختلفة (Ayllon، ١٩٦٣) والمرضى الآخرون[٢٦] يصبحون أيضًا أكثر إيجابية، كما أن المريض نفسه قد يصبح أكثر قدرة على الاستجابة للبرامج العلاجية الأخرى[٢٧].

٢ ـ أهداف متعلقة بالتوافق لبيئة المستشفى

من الملائم أن نعمل على تحسين سلوك المريض فى داخل المستشفى حتى ونحن نعرف مثلاً بأنه لا أمل فى خروجه منها، أو أنه قد يقضى حياته كلها بين أسوارها.

فلا جدال فى أن قدرة المريض على ضبط تبوله أفضل من عجزه عن ذلك، واحتفاظه بأسنان نظيفة سليمة وتنفس طيب أفضل من أن يكون ذا أسنان فاسدة أو رائحة كريهة، واحتفاظه بنظافة جسده وصحته أفضل من أن يعانى الأمراض الجلدية التى قد تسببها الرعاية الصحية السيئة.

ومن وجهة الصحة العامة، فلا جدال أيضًا فى أن الاحتفاظ بدرجة من النشاط أفضل من التقاعس، حتى لو كانت فرصة خروج المريض من المستشفى ضئيلة. فضلاً عن هذا، فإن هناك ما يثبت بأن مستوى نشاط مريض معين قد تكون له آثار علاجية على مريض آخر.

كما أننا لسنا فى حاجة لتأكيد الأهداف التى تتضمن سلامة المريض والعاملين والمرضى الآخرين فى العنبر. فبالنسبة إلى كثير من الأفراد الموجودين فى العنبر العلاجى من الأسلم أن لا يشعل المريض الحرائق وألا يحطم زجاج النوافذ، وألا يتهجم على الآخرين (٢٩، ٣٠، ٣١).

كل تلك الأحداث السابقة قد ترتبط أو لا ترتبط بالهدف الأساسى وهو توافق المريض مع المجتمع، لكن لا جدال فى أنها أهداف ملائمة وصحية فى ذاتها. وإذا كان كثير من المهتمين بالصحة العقلية يركزون بقوة على هدف واحد ويتجاهلون الأهداف الأخرى، فإن أهداف المعالج السلوكى متعددة وكثيرة وتتلاءم مع مناهجه.

٣ ـ أهداف متعلقة بالعاملين

من الملائم عند قياس فاعلية المناهج العلاجية السلوكية والنفسية الاهتمام بالنتائج التى يتركها تنفيذ هذه البرامج على العاملين مع المريض، بمن فيهم الأطباء والإخصائيون وجهاز الممرضين والممرضات. إن البرامج التى تؤدى إلى

تكوين مرضى مقبولين اجتماعيًا تؤدى بدورها إلى توفير جهد العاملين وطاقتهم ووقتهم، كما تؤدى إلى رفع الروح المعنوية، والمسئولية، والرغبة فى بذل الطاقة، والأمل فى ارتفاع مستوى الرضا عن العمل بين العاملين(٣٢). وعلى سبيل المثال، وجد (ونكلر) Winkler(٣٣) أن نسبة غياب العاملين تقل بنسبة ٢٤٪ بعد تنفيذ برنامج العلاج السلوكى القائم على الجزاءات الرمزية فى عنبر علاجى بالمقارنة بعنبر آخر ضابط.

وهناك أدلة قوية تثبت أن التغير فى سلوك العاملين يؤدى إلى تغيرات ملموسة فى سلوك المرضى أنفسهم، فمن ناحية سيؤدى ذلك إلى أن العاملين سيكرسون وقتًا أطول من جهدهم للمرضى عند تنفيذ البرنامج العلاجى (٣٤)، وازدياد الاتجاهات الإيجابية لدى العاملين سيسهم بدوره فى ازدياد غبطة المرضى وتقدمهم. ومهما كانت النتائج فإن توظيف العلاج السلوكى لتحقيق الأهداف المتعلقة بالعاملين أمر يجب حسابه.

نماذج

من الأساليب العلاجية.. السلوكية للفصام

على الرغم من أن الأساليب التى أمكن توظيفها فى علاج المرضى الفصاميين ضئيلة نسبيًا؛ فإن هناك من النتائج ما يبين أن استخدام هذه الأساليب يؤدى إلى تغيرات واضحة وملموسة فى سلوك المرضى. وفى الجزء التالى سنناقش بعض الأساليب البسيطة، ثم الأساليب العلاجية المركبة (أى التى تتضمن التأليف بين الأساليب الأساسية البسيطة، فضلاً عن الاستراتيجيات الناتجة عند تطبيقها).

أ ـ الأساليب الفردية

١ ـ أساليب التدعيم

أ ـ التدعيم الاجتماعى

من أكثر أساليب العلاج السلوكى ذيوعًا تلك التى تتضمن التقديم المنظم للتدعيم الاجتماعى مثل المدح والتحبيذ، أو الإمساك عنهما. ولأن من المعتقد أن

التدعيم الاجتماعى يقوم بدور المدعم الشرطى للسلوك، فإن هناك بعض الآراء التى ترى أن تقديمه يجب أن يكون مصحوبًا بمدعمات ملموسة بطريقة منظمة حتى يمكن زيادة خصائصه التدعيمية للسلوك [٣٥، ٣٦]. والحقيقة أن هناك ما يؤيد صدق هذا التصور (المراجع ٣٥. ٣٦، ٣٧، ٣٨). فبالنسبة إلى كثير من المرضى (أو الأغلبية منهم على الأقل) تكون قيمة التدعيم بالمدح والانتباه فعالة حتى قبل أن تصحبه مدعمات أخرى. وتشير بعض التقارير المنشورة إلى أن التدعيم الاجتماعى عندما يستخدم بعناية يمكن أن يؤدى وحده إلى تغيرات محسوسة فى سلوك المرضى. ففى تقرير مبكر[٣٧] عن استخدام التدعيم فى مجال المرض العقلى، تبين أن مجرد تجاهل السلوك المرضى قد أدى إلى تغيرات ملحوظة فى سلوك مريضين عقليين. وفى دراسة أخرى[٣٨] ثبت وجود تغيرات ملموسة فى نسبة الهواجس والتفكير غير المنطقى فى مريض عقلى نتيجة لمجرد الابتعاد عن المريض عندما تحدث مثل تلك الأفكار الهاجسية والقرب منه وتوجيه الاهتمام له عندما يتحدث بطريقة منطقية مترابطة. وفى دراسة ثالثة[٣٩] تبين أن إظهار الانتباه قام بدور مدعم للسلوك (العزوف عن تناول الطعام) عند مريض فى الرابعة والثلاثين أُصيب بهزال شديد، ولم يكن وزنه يزيد على ثمانية وخمسين رطلاً. لقد استطاع هذا المريض أن يكوِّن عادات غذائية فيما لا يزيد على خمسة أيام لمجرد تجاهله بطريقة منتظمة عندما كان يعزف عن تناول وجباته الغذائية. كما استخدم أسلوب المدح فى محاولة ناجحة لزيادة (الوعى بالعلاقات الشخصية) بمجرد تعليم المرضى أسماء المرضى والأشخاص الآخرين فى بيئتهم. أما «مور» و «كروم»[٤٠]، فقد استخدما أسلوب التأييد والتقبل فى مقابل أسلوب سحب التأييد والتفاعل مع فصامية شديدة السمنة، وقد أدى ذلك الأسلوب إلى تناقص وزنها بمقدار خمسة وثلاثين رطلاً. كذلك تبين أن أسلوب المناقشة مع التدعيم اللفظى الإيجابى مع مجموعة ضابطة قد أدى إلى تحسن دال فى مستوى النظافة ورعاية الذات[٤١]. وفى هذه الدراسة نفسها تبين أن هذه التغيرات قد انتشر تأثيرها الإيجابى فى خصائص أخرى، فقلت العداوة الهجاسية وارتفع اعتبار الذات على مقاييس أُعدت لهذا الغرض.

وفى دراسة أخرى عن تأثير التدعيم الاجتماعى، قام عدد من الباحثين بتقييم تأثير وضع رمز أو نجمة أمام المرضى الذين استطاعوا أداء جوانب من النشاط السلوكى دون تذكيرهم (وذلك كتصفيف الشعر وترتيب الأسرَّة وتلميع أحواض الغسيل). وقد تبين للباحثين أن وضع هذه العلامات قد أدى إلى زيادة ملحوظة فى أداء جوانب النشاط السلوكى السابقة، لكن الزيادة كانت أكبر عندما لم يكن يُسمح إلا لمن حصلوا على هذه العلامات بتناول غذائهم فى صالة الطعام (٤٢).

واضح إذًا أن تلك الدراسات وغيرها تبرهن بقوة على أن التدعيم الاجتماعى يُعتبر عنصرًا قويًا للغاية فى تغيير سلوك المرضى. وعلى هذا فمن الواجب تدريب العاملين فى عنابر الصحة العقلية والمؤسسات وإطلاعهم على قيمة استخدام أساليب التأييد وإبداء الاهتمام. لكن هذا لا يمنع من التحذير مما يأتى:

ـ إن السلوك الذى نريد تعديله (أى السلوك المحورى) قد يكون نتيجة الشروط سابقة كالقلق والتوتر، أو أنه ربما يكون إلى حد ما (إن لم يكن تمامًا) من اختلاق المعالج، وفى مثل هذه الحالات قد لا يؤدى التوقف عن الاهتمام (أى الانطفاء) إلى إزالة هذا السلوك. فضلاً عن هذا، تبين أن التدعيم الاجتماعى قد يكون سلاحًا ذا حدين (٤٣)، بمعنى:

إن التدعيم الاجتماعى (كالتحبيذ مثلاً) قد يؤدى إذا ما استخدمناه مع بعض المرضى إلى التدهور فى أدائهم. بينما قد يتحسن أداؤهم ويزداد إذا ما استخدمنا معهم التدعيم الاجتماعى السلبى أو النقد.

وباختصار، ينبغى استخدام أساليب التدعيم الاجتماعى بحكمة وتنبه لآثارها الحساسة، وللفروق بين الأفراد والمواقف.

ب ـ التدعيم الأولى المباشر

فى دراسة سابقة مبكرة (٤٤) تبين أن نسبة تناول الوجبات الغذائية تزداد عندما يقدم الطعام ويبعد فى أوقات محددة. كما أن هناك دراسات إضافية استخدمت أسلوب تقديم تدعيم مباشر (فاكهة ـ حلوى ـ سجائر ـ مشروبات غازية... إلخ) مع بعض المرضى البكم (أو الأشبه بالبكم) لتنمية القدرة على

الكلام لديهم (٤٥). وعلى الرغم من أن تتبُّع بعض الحالات بعد عام ثم مرور ثمانية عشر شهرًا بيَّن أن نتائج هذا الأسلوب مشجعة، إلا أن نسبة الكلام التى تتكون بهذه الطريقة غالبًا ما تكون ذات طبيعة آلية، أو خلو من التلقائية.

ومن ناحيتنا ننصح أن يتوقف المعالجون السلوكيون عن استخدام أسلوب التدعيم الأوَّلى المباشر مع بعض المرضى المزمنين، لأن الحصول على المدعمات المباشرة قد يكون عملاً عسيرًا للغاية بالنسبة إلى هؤلاء المرضى، مما قد يترك آثارًا إحباطية مؤلمة لديهم، فضلاً عن الاعتبارات الخلقية والقانونية التى قد تثار نتيجة للتحكم فى تقديم هذه المدعمات الحيوية أو حجبها.

إن الامتناع عن تقديم الطعام أمر تحوطه اعتبارات خلقية وقانونية متعددة بطبيعة الحال (٤٦). ولهذا يقدم بعض الباحثين حلاً وسطًا لهذه المشكلة باستخدام أنواع من الأطعمة الترفيهية أو المغلفة بشكل جذاب (كالفاكهة والحلوى والمشروبات الغازية)، وبعضهم يرى أن من حق المريض أن يتناول وجبة غذائية ملائمة من حيث الشروط العامة للصحة البدنية، لكن إذا تعلق بحصول المريض على طعام ترفيهى فإن عليه أن يتصرف بطريقة ملائمة حتى يحصل عليه، ثم أليس هذا ما يتطلبه المجتمع الخارجى ويعامل أفراده على أساسه؟

٢ - أساليب التشبع بالمنبه(*)

تتضمن هذه الأساليب الاعتماد على (التكرار المفرط) للسلوك المرضى، أو إغراق الفرد بمنبه ذى طابع تدعيمى حتى يتحول هذا المنبه إلى منبه محايد أو منفر، وقد استخدم «أيلون ومايكل» Ayllon & Michal (٤٧) هذا الأسلوب بنجاح مع مريض اعتاد التقليب فى القمامة حتى أُصيب بطفح جلدى. واستُخدم هذا الأسلوب مع مريضة اعتادت على اختزان (المناشف) فى حجرتها مما كان يؤدى بهيئة التمريض إلى استنفاد جهودهم فى أعمال تافهة. ويزعم «وولف»(٤٨) أنه استطاع أن يقلل من الهواجس المرضية عند مريض فصامى من خلال حمل المريض على تكرار هواجسه بصوت مسموع لمدة ساعة يوميًا.

(*) Stimulus Saturation.

وعلى العموم فإنه على الرغم من عدم وفرة البحوث التجريبية عن أساليب التشبع بالمنبه، فإن التقارير القليلة المنشورة عنها مشجعة وليس من الغريب لهذا أن نجد أنها تثبت فاعليتها عند استخدامها مع المرضى، بمن فى ذلك الفصاميين.

٣ ـ أساليب التنفير(*)

يعبر أسلوب العلاج بالتنفير عن محاولة ربط ظهور نمط سلوكى معين بمنبهات غير سارة، أو التحكم فى منبه غير سار بحيث يصبح تقديمه نتيجة لأداء السلوك غير المرغوب.

ومن أوضح الأمثلة على ذلك أن «أجراس»[٤٩] استطاع أن يعالج بنجاح حالة مريض اعتاد على تحطيم زجاج نوافذ العنبر، وذلك بتوجيه صدمة كهربائية مؤلمة عندما كان المريض يذكر له ضمن تصوراته البصرية بأنه يحطم لوحًا من الزجاج.

لكن الآن أصبح استخدام أساليب التنفير مع الفصاميين محدودًا للغاية، ربما بسبب بعض المسائل الخلقية المحيطة بتطبيق هذه الأساليب مع المرضى المحجوزين. ولعل من أهم المشكلات التى تحول دون نجاح استخدام منبهات التنفير هى صعوبة تعميم النتائج من الشروط التجريبية (فى العيادة) إلى مواقف الحياة العملية. فقد تبين أن الأفراد العاديين الذين يخضعون لأساليب العلاج بالتنفير عادة ما يفرقون بين الظروف المختلفة التى إذا حدثت تحدث معها المنبهات المنفرة، والتى لا تحدث معها هذه المنبهات (وذلك كالتفريق بين عيادة المعالج فى مقابل العالم الخارجى)، ولكن لعل هذا السبب هو نفسه الذى قد يجعل من تلك الأساليب ناجحة إذا ما استخدمت مع المرضى الفصاميين. فالقصور المعرفى لدى الفصاميين، وضعف قدراتهم على التمييز بين المواقف يجعلهم يتوقفون عن السلوك غير المرغوب فى المواقف التى تحددها طبيعة العلاج فقط ودون أن تمتد آثار العقاب السلبية إلى مواقف أخرى.

(*) Aversion.

٤ - أساليب الضبط - الذاتى(*)

صحيح أن كثيرًا من الفصاميين لا يوجد لديهم الدافع لمواصلة استخدام أساليب الضبط الذاتى، لكن هناك بعض التقارير التى تومئ إلى أن هذه الأساليب تفيد فى علاج بعض حالات الفصام، وفيما يلى أهم تلك الأساليب:

أ - المراقبة الذاتية(**)

وجد «روتنر» و«باجل» (٥٠) أن مقدار الهلاوس الصوتية بالنسبة إلى مريضة فصامية هبط من ١٨١ يوميًا إلى (صفر) بعد ستة عشر يومًا كان يُطلب خلالها من المريضة أن تسجل عدد الهلاوس التى تسمعها. وقد احتفظت بنفس هذا المستوى من التحسن حتى بعد خروجها من المستشفى لمدة ستة أشهر، غير أن (هتزل) (٥١) يشير إلى أن هذا التناقص قد يكون نتيجة للتدعيم الاجتماعى عندما كانت المريضة تسجل التناقص فى هلاوسها وأن مقدار الهلاوس الفعلية قد يبقى كما هو، ولكى يتحقق الباحث من هذا الافتراض أجرى دراسة استخدم فيها أسلوب المراقبة الذاتية فى علاج الهلاوس واستطاع من خلالها أن يضبط العوامل المتعلقة بتأثير سلوك التسجيل نفسه، والتدعيم الفارق، وتوقع المريض. وقد أشارت نتائجه إلى أن مقدار الهلاوس قد تناقص بمقدار ٢٠٪ فقط خلال ستة أسابيع من تطبيق هذا الأسلوب.

ب - الصدمة الذاتية

أعطى «بوتشر»، «فابريكاتور» (٥٢) جهازًا سهل الحمل لتوجيه صدمات كهربائية لمريض فصامى كان يشكو من بعض الهلاوس الصوتية، وطلبا من المريض أن يوجه لنفسه صدمة كهربائية حالما يسمع تلك الأصوات. وفى خلال بضعة أيام، قرر المريض بأن الأصوات قد اختفت. فضلاً عن هذا، قرر هذا المريض أنه لم يسمع هذه الأصوات بعد ذلك لمدة خمسة وثلاثين يومًا، وبعدها تم خروجه من المستشفى. وفى عام ١٩٧١، استخدم (واينجرتنر) أسلوبًا علاجيًا

(*) Self Control.
(**) Self Monitoring

مماثلاً فى دراسة جماعية، واستنتج بأن من الصحيح أن توجيه صدمات كهربائية للذات لدى مجموعة من المرضى الفصاميين قد أدى إلى تحسنهم بالمقارنة بمجموعة ضابطة، إلا أن العنصر الأساسى المسئول عن هذا التغير يتوقف فى رأيه على التوقعات التى يبنيها المرضى عن فاعلية العلاج بهذا الأسلوب.

واستخدم باحثان آخران (٥٣) طريقة مماثلة للأسلوب السابق مع مجموعة من المرضى لمدة أسبوعين؛ لكنهما لاحظا أن هذا الأسلوب لا يؤدى للأثر المرغوب. لهذا قاما بابتكار طريقة أخرى تقوم على استخدام أسلوبَى الإثابة والتدعيم بطريقة أدت إلى ضبط الهلاوس البصرية لمريض فصامى. وكانت المشكلة الرئيسية لهذا المريض هى أنه كان يستغرق وقتًا طويلاً فى تنفيذ النشاط اليومى الروتينى بسبب انشغاله الدائم فى لوازم حركية (بالوجه واليد)، كان يزعم بأنها محاولات منه لإبعاد الهلاوس من مجاله البصرى. وقد قامت طريقة العلاج على وضع برنامج علاجى يتم من خلاله التدعيم الإيجابى للمريض كلما قلل من الفترة التى يقضيها فى تناول إفطاره وغدائه، وعقابه بصدمة كهربائية إذا ما بدأ فى ممارسة لوازمه الحركية الطقوسية أثناء عبوره الأبواب المؤدية إلى صالة الطعام. وقد طلب الباحثان من أحد المساعدين (ممن لم يكونوا على علم بفروض البحث التجريبية) أن يسجل شدة الهلاوس لدى هذا المريض. وقد أثبت تحليل هذه الملاحظات المضبوطة وجود تناقص ملحوظ فى هذا السلوك باستخدام أسلوبَى العقاب والتدعيم، كما تقرر ملاحظات المريض نفسه أن هذا التحسن قد يشمل بعض المواقف الأخرى فى حياته.

وباختصار، فإن النتائج المتجمعة عن استخدام هذا الأسلوب فى مجال الفصام غير قاطعة ولا تسمح بوضع استنتاجات محددة؛ لأن الفصاميين الذين يمكن إغراؤهم بتتبع تعليمات المعالج عند تطبيق أسلوب الصدمة الذاتية ضئيل للغاية.

ج - التوجيه المعرفى للذات

يقرر «ماشنبوم»(٥٤) وجود نتائج واعدة للغاية فى تدريب الفصاميين على استخدام بعض الأساليب المعرفية الملائمة لحل المشكلات المستعصية. وتقوم

طريقته على تحديد عمل عقلى من قِبل المجرب **أولاً**، ثم **ثانيًا** أن يصف المجرب للمريض طريقة أدائه لهذا العمل، ثم يطلب من المريض، **ثالثًا** أن يؤدى العمل متبعًا التعليمات التى يلقيها عليه المجرب إذ ذاك، وأن يؤدى العمل، **رابعًا** وهو (أى المريض) يكرر التعليمات نفسها بصوت مسموع، ثم **خامسًا** بصوت غير مسموع بعد ذلك. وقد أثمر هذا البرنامج من التوجيه المعرفى للذات عن تغيرات ملحوظة فى كثير من الجوانب السلوكية المعقدة كالانتباه، واللغة كما عم تأثيره مجالات أخرى لم يشملها برنامج التدريب الأصلى. لهذا؛ فإن هذا الأسلوب يُعتبر واعدًا للغاية.

٥ ـ أسلوب التفجير الانفعالى

فى هذا الأسلوب يُطلب من المريض أن يتخيل (وبأقصى ما يمكنه من قدرة على التخيل الحى) مواقف واقعية أو رمزية تؤدى إلى إثارة القلق لديه. والهدف من هذه الإجراءات هو التخلص التدريجى التام من القلق من خلال الانطفاء بتقديم المواقف مرة بعد الأخرى دون أن يصحبها أذى بدنى.

أما عن توظيف أسلوب العلاج بالتفجير فى مجال المرض العقلى أو الفصام، فهناك دراسات تثبت فاعلية العلاج بالتفجير مع الفصاميين. وعلى العموم، فإن نتائج العلاج بالتفجير الانفعالى مع المرضى الفصاميين واعدة إلى حد ما، ولو أنها غير قاطعة. والذى لا شك فيه أن هذا الأسلوب يقدم خطوة أخرى تشجع على مزيد من البحث.

٦ ـ تدريب المهارات الاجتماعية

التدريب على تأكيد الذات

يعتبر ولپى[٥٥] أول من قدم أسلوب التدريب على تأكيد الذات كأحد الأساليب الرئيسية فى نظريته عن الكف المتبادل. وعلى الرغم من أنه لا توجد دراسات ضابطة مع الفصاميين، فقد نشرت الآن دراسات اعتمدت على منهج دراسة الحالة. فمثلاً [٥٦] أمكن تعليم مريض فصامى بنجاح القدرة على تأكيد نفسه مع زوجته وأسرتها. كذلك أمكن استخدام أسلوب التدعيم الاجتماعى مع أسلوب

التدريب على تأكيد الذات فى علاج الهلاوس والهواجس والانسحاب المرضى لدى مريض فصامى بنجاح. وتشير الدراسة التتبعية لهذا المريض لعامين متتالين إلى خلوه من الأعراض الفصامية بعد ذلك. وفى دراسة أخرى(٥٨) أمكن تعليم أساليب التأكيد فى جلسات جماعية مع المرضى الفصاميين، وكان الاستنتاج كما يأتى:

ينجح المرضى الفصاميون المزمنون فى التوقف عن تعلم استجابات لا تكيفية كالعدوان، والخضوع الشديد وأن يستبدلوا بها استجابات تكيفية قائمة على تأكيد الذات. ولتحقيق هذا الهدف نجد أنهم ينجحون تمامًا فى ممارسة أساليب لعب الأدوار وإعادتها دون أى آثار سيئة.

ولعل أكبر مجموعة فصامية أمكن تدريبها على تأكيد الذات تكونت من أربعة عشر مريضًا ممن وصفوا بالافتقار إلى تأكيد الذات فى المواقف الاجتماعية، وتراوحت جلسات العلاج الفردى لهم من ١٨ : ٣٠ جلسة، وكان الهدف من هذه الجلسات هو تدريبهم على تأكيد الذات باستخدام أسلوب تمثيل الأدوار. وقد تبين للباحثين أنه لم يستفد من هذا الأسلوب للأسف إلا اثنان فقط من المرضى، ويعتقد الباحثان (٥٩) أن المشكلة الأساسية التى تواجه تطبيق هذا الأسلوب لدى هذا النوع من المرضى هى عجزهم عن وضع أنفسهم فى مواقف تأكيدية وهم لم يكونوا من قبل إلا أشخاصًا سلبيين وانسحابيين. فضلاً عن هذا، فإن كثيرًا من أفراد هذه العينة قد عجزوا عن محاكاة الأدوار التى شاهدوها من خلال الوصف أو الأداء، أما البعض الآخر فقد عجز عن تذكر الدور الذى قام به فى جلسة سابقة، كما أن بعض المرضى وصف هذا الإجراء بأنه إجراء مصطنع وغير واقعى.

٧ ـ العلاج بالتطمين المتدرج (إزالة الحساسية) والاسترخاء

على الرغم من أن ولبى (٦٠) وهو أول من قدم أسلوب العلاج بالتطمين التدريجى يقرر بأنه لا يصلح فى علاج الفصاميين، إلا أن هناك عددًا من الباحثين استطاع أن يطوع هذا الأسلوب للتعامل مع هؤلاء المرضى.الحقيقة أن

النتائج تتضارب من بحث إلى آخر.

ولعل الدراسة الوحيدة المضبوطة عن استخدام أسلوب التطمين بين المرضى الفصاميين تلك التى نشرها (زايست) Zeisset (٦١) على مجموعة من ٤٨ فصاميًا قسمهم عشوائيًا إلى أربع مجموعات فرعية علاجية:

١ ـ مجموعة تلقت علاجًا بالتطمين المنظم.

٢ ـ مجموعة تلقت تدريبًا على الاسترخاء.

٣ ـ مجموعة ضابطة تلقت اهتمامًا عامًا.

٤ ـ مجموعة ضابطة رابعة لم تتلق أى علاج على الإطلاق.

وتبين نتائج هذا البحث أن المجموعتين الأولى والثانية قد كشفتا عن تحسن ملحوظ فى مستوى القلق بالمقارنة بالمجموعتين الضابطتين. لكن المجموعة الأولى والثانية لم تختلفا فيما بينهما اختلافًا جوهريًا. لهذا يقرر المجرب أن «أسلوب التطمين المنظم يلعب دورًا فعالاً فى تعديل سلوك بعض الأنماط الفصامية» (P.24).

وهناك أيضًا نتائج إيجابية نشرت عن أربع حالات مرضية: حالتان منها قدمهما (كاودين) و (فورد)(٦٢). وتصف الحالة الأولى مريضًا فصاميًا من النمط الهجاسى تم اختياره للعلاج بالتطمين المتدرج؛ لأنه كان ينزعج ويضطرب للغاية عندما يتحدث مع أشخاص آخرين. ويشير التقرير إلى أن هذا المريض قد استطاع فى نهاية العلاج بالتطمين المتدرج أن يتحدث للآخرين بحرية أكثر، أما الحالة الثانية فهى أيضًا لمريض هجاسى، كان ينزعج للغاية إذا ما ترك حجرته دون أن يرجع من جديد بطريقة قهرية لكى يتأكد أنه لم ينس شيئًا وراءه. وقد تضمن علاج هذا المريض عددًا من الأساليب اشتملت على أسلوب التطمين والتنويم الصناعى والتدريب على التخيل الحى. وتشير النتائج إلى قدر معقول من النجاح.

وفى حالتين أخريين (٦٣) تبيَّن أن الهلاوس يمكن التقليل منها أو إزالتها

باستخدام التطمين المنظم. وفى كلتا الحالتين كان يبدو أن القلق أو التوتر هو العامل الرئيسى لظهور هذه الهلاوس. ونتيجة لهذا، فإنه أمكن علاج هؤلاء المرضى فى المواقف التى كانت تستثير لديهم القلق أو التوتر. ففى حالة منها كان التدخين هو مصدر القلق. لذلك حاول المعالج تعديل عملية التدخين فضلاً عن استخدام أساليب للتقليل من التدخين الفعلى. ومن ثَم، فإن نتائج التطمين فى هذه الدراسة كانت مختلطة - إلى حد بعيد - بالتقليل من التدخين. والحالة الأخرى قدمت بدورها دليلاً إيجابيًا على مدى فاعلية هذا الأسلوب، لكن هناك أيضًا دراسات تثبت عدم فاعلية أسلوب إزالة الحساسية مع المرضى الفصاميين. لكن يمكن إقامة كثير من الحجج ضد تلك الدراسات التى لم تكشف عن فاعلية أسلوب التطمين. ولعل أقوى حجة هى أن على ممارس العلاج السلوكى أن يتذكر دائمًا أن هذا الأسلوب قد تطور من أجل علاج المشكلات المرتبطة بالقلق أساسًا، وأن غالبية المحاولات العملية يجب أن تتم فى داخل هذا النطاق.

ويبدو لى فى ضوء أوجه القصور المعرفية والدافعية لدى الفصاميين أن إجراءات التطمين المنظم مع التعرض لمواقف حية ذات نتائج أفضل. وعلى الرغم من أن أحد الباحثين (المرجع ٦٤) يذكر - على سبيل المثال - أن أسلوب التطمين المنظم لا يثمر عن فائدة تُذكر بين الفصاميين، فإنه يقرر أن استخدام هذا الأسلوب مع التخيل الحى قد أدى إلى تناقص ملحوظ فى الهلاوس الصوتية. كذلك ينجح باحثان آخران (٦٥) فى رصد بعض النجاح لأسلوب التخيل الحى فى علاج مريض لم يكن قادرًا على ترك حجرته دون معاودة الرجوع القهرى لها. فضلاً عن هذا، تبين نجاح هذا الأسلوب فى علاج مريض فصامى هجاسى كان يخشى الخروج من المستشفى خوفًا من أن تقتله المخابرات المركزية. والحقيقة، فإن الدلائل تشير إلى نجاح هذا الأسلوب بشكل خاص مع الفصاميين. ولا توجد بحوث تدحض حتى الآن فاعلية أسلوب التطمين المتدرج المصحوب بالتخيل الحى فى علاج اضطرابات الخوف والقلق لدى الفصاميين.

الخلاصة

أصبح من الممكن للمرضى العقليين والفصاميين ـ بفضل تطور مناهج العلاج السلوكى والمعرفى ـ أن يكتسبوا كثيرًا من السلوك الإيجابى، وأن يتخلصوا من الجوانب الفكرية والسلوكية الشاذة. وأن يتطوروا بإمكاناتهم فى التوافق الاجتماعى والمهنى. وقد ناقش هذا الفصل العناصر السلوكية الداخلة فى تعريف الأمراض العقلية الذهانية بما فيها الفصام والاكتئاب تمهيدًا لشرح خطة علاجها السلوكى. فضلا عن هذا قدم هذا الفصل بعض المعتقدات الخاطئة (المزاعم) التى انتشرت بين المختصين فى الصحة العقلية والطب النفسى، والتى كان من شأنها إعاقة نمو المناهج العلمية فى العلاج النفسى وتعطل ظهور حركة العلاج السلوكى للفصام والأمراض العقلية.

وقد أوضح هذا الفصل أنه على الرغم من أن الأساليب السلوكية التى أمكن توظيفها فى علاج المرضى الفصاميين ضئيل نسبيًا، فإن النتائج تشر إلى فعالية هذه الأساليب ونجاحها فى علاج كثير من الجوانب السلوكية الفصامية. ومن ثم ناقشنا أهم هذه الأساليب مع نماذج من تطبيقاتها فى ميدان الفصام، وأهم المشكلات التى يمكن أن يواجهها المعالج السلوكى عند التطبيق وبعض الحلول المقترحة لذلك.

مراجع وتعليقات

1 - American Psychiatric Association. (1987). **Diagnostic and statistical manual of mental disorders**. (Third ed). Washington. D. C.: APA.

2 - Hagen, R. (1975). Behavioral therapies and the treatment of schzophrenics. **Schizophrenia Bulletin**. 13, 70 - 96.

3 - Zubin, J. & Spring, B. (1977). Vulnerability: A new view of schizophrenia phrenia. **Journal of Abnormal Psychology**. 86, 103 - 126.

4 - Bellack, A. S. & Muesser, K. T. (1990). Schizophrenia. In A. S. Bellack, M. Hersen, & A. E. Kazdin (Eds.) **International handbook of behavior modification and therapy.** (2 nd Ed, pp. 353 - 370). New York: Plenum Press.

5 - Dawson, M. E. & Nuechterlein, K. H (1984). Psychological dysfunctions in the developmental course of schizophrenia disorders, **schizophrenia Bulletin**, 10, 204 - 232.

6 - Bellack, A. S. & Muesser, K. T. (1990). op. cit.

7 - Ibid.

8 - Diamond, R. (1985). Drugs and quality of life: The patient point of view. **Journal of Clinical Psychiatry**, 46, 29 - 35.

9 - Kazdin, A. E. (1980). **Behavior modification in applied settings.** Homewood, Illinois. Dorsey.

10 - Carpenter, W. T. Heinrichs, D.W. & Alphs, L. D. (1985). Treatment of negative symptoms. **Schizophrenia Bulletin**, 11, 440 - 452.

11 - Hogarthy, G. E. schooler, N. R. & Ulrich.. R. et al. (1979). Flu phenazine and social therapy in the aftercare of schizophrenia. **Archives of General Psychiatry**. 45, 797 - 80.

12 - Gardos, G. & Cole, J. O. (1976). Mäintenance antipsychotic therapy: Is the cure worse than the disease? **American Journal of Psychiaty**, 133, 32 - 36.

13 - Carpenter, W. T. Heinrichs, D. W. & Alphs, L. D. op. cit.

14 - McEvoy, J. P. (1983). The clinical use of anticholinergic drugs as treatment for extrapyramidal side effects of neuroleptic drugs. **Journal of Psychopharmacology**. 3, 288 - 302.

15 - Atthowe, J. M. & Krasner, P. A. (1968). Preliminary report on the applicatoin of contingency reinforcement procedures (token economy) on a "chronic" psychiatric ward. **Journal of Abnormal Psychology**. 73, 37 - 43.

16 - Krasner, L. (1990). History of behavior modification. In A. S. Bellack, M. Hersen, & A. E. Kazdin (Eds). **International handbook of behavior Modification and Therapy.** (2nd Ed, pp. 3 - 20), New York: Plenum Press.

17 - Hagen, R. (1975). op. cit.

18 - Paul, G. L. (1971). Chronically institutionalized mental patients: Re search and treament. Paper presented to the Third Annual Conference on behavior modification. Los Angeles, California.

١٩ ـ إبراهيم، عبد الستار (١٩٨٧) **علم النفس الإكلينيكى: مناهج التشخيص والعلاج النفسى**. الرياض: دار المريخ.

20 - Meichenbaum, D. H. (1969). The effects of Instruction & reinforcement on thinking and language behavior in schizophrenia. **Behavior Research and Therapy**. 6, 101 - 114.

21 - Bellack, A. S. (1986). **Schizophrenia: Behavior therapy's forgotten child behavior therapy**. 17, 199 - 214.

22 - Bellack, A. S. (1989) A comprehensive model treatment of schizophrenia. In A. S. Bellack (Ed), **A clinical guide for the treatment of schizophrenia** (pp. 1- 22). New York: Plenum.

23 - Bellack, A. S. & Muesser, K. T. (1990). Schizophrenia. In A. S. Bellack, M. Hersen, & A. E. Kazdin (Eds.) **International handbook of behavior modification and therapy**. (2nd Ed.), pp. 353 - 370). New York: Plenum Press.

24 - Bucher, B. & Fabricatore, J. (1970). Use of patient administered shock to suppress hallucinations, **Behavior Therapy**. 1, 382 - 385.

25 - Burish, T. G. Bradley, L. A. (Eds) (1983). **Coping with chronic diseases: Research and applications**. New York: Academic Press.

26 - Hersen, M. & Bellack, A. S. (1976). Social skills training for chronic Psychiatric patients. **Comprehensive Psychiatry.** 16, 559 - 580.

27 - Agras. W. S. (1967). Behavior therapy in the management of chronic schizophrenia. **American Journal of Psychiatry**. 124, 240 - 243.

28 - Hersen, M. & Bellack, A. S. (1976)op. cit.

29 - Liberman, R. P. Derisi, W. J. & Mueser, K. T. (1989). So**cial skills training for psychiatric patients**. New York: Pergamon Press.

30 - O'Leary, K. D. & Wilson, G. T. (1975). B**ehavior therapy: Application and outcome**. Englewood Cliffs, NJ: prentice - Hall, Inc.

31 - Ibid.

32 - Agras. W. S. (1967). Behavior therapy in the management of chronic schizophrenia. **American Journal of Psychiatry**. 124, 240 - 243.

33 - Winkler, R. C. (1972). A therapy of equilibrium in token economies. **Journal of Abnormal Psychology**. 79. 169 - 173.

34 - Leventhal, H. Zimmerman, R. & Guttman, M. (1984). Compliance: A self regulatory perspective. In **Handbook behavior modification (Ed.),** W. D. Gentry. New York: Guilford.

35 - Atthowe, J. M. & Krasner, P. A. (1968). Preliminary report on the application of contingency reinforcement procedures (token economy) on a "chronic" Psychiatric ward. **Journal of Abnormal Psychology**. 73, 37 - 43.

36 - Kazdin, A. E. (197). **The token economy: A review and evaluation.** New York: Plenum.

37 - Kazdin, A. E. (1980) **Behavior modification in applied settings.** Homewood, Ill. Dorsey.

38 - O'Leary, K. D. & Wilson, G. T. (1975). **Behavior therapy: Application and outcome**. Englewood Cliffs, NJ: Prentice - Hall, Inc.

39 - Agras. W. S. (1967). Behavior therapy in the management of chronic schizophrenia. **American Journal of Psychiatry**. 124, 240 - 243.

40 - Morrison, R. L. (1990). Interpersonal dysfunctions. In A. S. Bellack, M. Hersen, & A. E. Kazdin (Eds.), **International handbook behavior modification and therapy** (2nd Ed. pp. 503 - 522). New York: plenum Press.

41 - Draighead, W. E. Kazdin, A. E. & Mahoney, M. J. (1976) **Behavior modification: Principles. issues, and applications.** Boston, MA: Houghton Mifflin.

42 - Dawson, M. E. & Nuechterlein, K. H. (1984). Psychological dysfunctions in the development course of schizophrenic disorders. **Schizophrenia Bulletin**, 10, 204 - 232.

43 - Hersen, M. Kazdin, A. E. & Bellack, A. S. (Eds.) (1986). **The clinical psychology handbook.** New York, NY: Pergamon Press.

44 - Ayllon, T, & Azrin, N. H. (1968). **The token economy: a motivational system for therapy and rehabilitation.** New York: Appleton - Century - Crofts.

45- Ayllon, T.,& Houghton, E. (1962). control of the behavior of schizophrenic patients by food. **Journal of the Experimental Analysis** of Behavior. 5, 343 - 352.

46 - Ibid.

47 - Ayllon, T, & Michael, J. (1959). The Psychiatric nurse as a behvioral engineer. **Journal of the Experimental Analysis of Behavior.** 2, 323 - 334.

48 - Ibid.

49 - Agras. W. S. (1967). Behavior therapy in the management of chronic schizophrenia. **American Journal of Psychiatry**. 124, 240 - 243.

50 - Rutner, I. T. & Bugle, G. (1969). An experimental procedure for the modification of psychotic behavior. **Journal of Consulting and Clinical Psychology**, 33, 651 - 653.

51 - Quoted from: Hagen, R. (1975). op. cit.

52 - Quoted from: Hagen, R. (1975). op. cit.

53 - Quoted from: Hagen, R. (1975). op. cit.

54 - Meichenbaum, D. H. (1969). The effects of Instruction & reinforcement on thinking and language behavior in schizophrenics **Behavior Research and Therapy**. 7, 101 - 114.

55 - Ibid.

56 - Ibid.

57 - Quoted from: Hagen, R. (1975). op. cit.

58 - Quoted from: Hagen, R. (1975). op. cit.

59 - Morrison, R. L. (1990). Interpersonal dysfunctions. In A. S. Bellack, M. Hersen, & A. E. Kazdin (Eds.) **International handbook of behavior modification and therapy** (2nd Ed. pp. 503 - 522). New York: plenum Press.

60 - Wolpe, J. (1987) The promotion of scientific psychotherapy. In J. K. Zeig (Ed). **The evolution of Psychotherapy**. New York, N.Y: Bruner/ Mazel, Inc.

61 .- Zeisset, R. M. (1988). Desensitization and relaxation in the modification of psychiatric patients interview behavior. **Journal of Abnormal and Social Psychology**. 73, 18 - 24.

62 - Ibid.

63 - Ibid.

64 - Liberman, R. P. DeRisi, W. J. & Muesser, K. T. (1989). Social **skills training for psychiatric patients**. New York: pergamon Press.

65 - Bellack, A. S. (1989). A comprehensive model treatment of schizophrenia. In A. S. Bellack (Ed.). **A clinical guide for the treatment of schizophrenia** (pp. 1 - 22) New York: Plenum.

الفصل الثالث عشر

البرامج السلوكية الشاملة والعلاج الأسرى

ودورهما فى علاج اضطرابات

السلوك الفصامى

سنعرض هنا لمنهجين من مناهج العلاج السلوكى المعرفى فى علاج الذهان وهما: الاقتصاد الرمزى، والعلاج الأسرى.

أ ـ الاقتصاد الرمزى(*)

يتضمن أسلوب الاقتصاد الرمزى ما يأتى:

١ ـ تحديد جوانب السلوك المرغوب تعديلها بين المرضى فى العنبر العلاجى (تحديدًا نوعيًا).

٢ ـ تحديد الأشياء ذات الطابع التدعيمى لكل مريض (سجائر ـ فاكهة ـ بطاقة خروج للزيارة ـ نشاطات ترفيهية ـ نشاطات اجتماعية ـ إبداعية.. إلخ).

٣ ـ وسائط للتبادل تُستخدم لمكافأة جوانب السلوك النوعية المرغوبة (تراكم نقاط إيجابية معينة فى السلوك المرغوب تُترجم بعد ذلك لعطاء ملموس). ومن المنطقى أن نعتبر أى سلوك يؤدى إلى الحجز فى مستشفى عقلى، أو إلى التوافق مع المجتمع والعنبر، نعتبره سلوكًا يرغب المريض فى بذل الجهد والوصول إليه.

مزايا برامج الاقتصاد الرمزى

يؤكد «إيلون» و «أزرين» (المرجع ١) أن استخدام مدعم شرطى يقوم مقام التدعيم المباشر، يتميز بخمس مزايا رئيسية على الأقل، هى:

١ ـ يسمح هذا الأسلوب بعبور فترة التأجيل التى تحدث بين ظهور الاستجابة المرغوبة وظهور المدعم، وبالتالى يؤدى إلى تبلور وتأكيد الاستجابة بقوة.

(*) Token Economy.

٢ ـ يسمح الاقتصاد الرمزى بتدعيم الاستجابة فى أى وقت تحدث فيه فوريًا، بينما ينحصر تأثير التدعيم الأولى عادة فى زمان ومكان معين.

٣ ـ يسمح أسلوب الاقتصاد الرمزى بظهور سلاسل من الاستجابات القابلة للتدعيم دون بتر أو تشتيت ناتج عن ظهور المدعم.

٤ ـ يساعد هذا الأسلوب على تقوية فاعلية المدعم الذى تتأثر قوته للتشبع بالمنبه، أو لتفضيل الفرد لمدعم دون الآخر.

٥ ـ يكتسب هذا الأسلوب قيمة دافعية أكبر من المدعمات الأولية المباشرة؛ لأنه يمكن تطبيقه على جماعات أكبر.

وهناك عوامل مهمة يجب الالتفات إليها عند تطبيق مثل هذه البرامج، منها:

١ ـ العوامل المتعلقة بتأييد القوة الإدارية

لا شك أن من أهم العوامل التى تساعد على نجاح برامج (الاقتصاد الرمزى) تلك التى تتعلق بدور هيئة الإدارة فى المؤسسة، ومقدار السلطة التى تعطيها للمعالج السلوكى لكى يضع ويقيِّم برنامجًا من هذا النوع (٢). إن هناك أيضًا قدرًا كبيرًا من (القوة الفعلية) يكمن فى المستويات الإدارية الأصغر. لهذا فمن أهم واجبات المعالج السلوكى أن يحصل على تأييد هؤلاء الذين يحكِّمون القوة فى المستويات المختلفة، (Krasner and Atthowe, 1971). ولعل من أكثر الطرق المعقولة والمنطقية للحصول على تأييد وتعاون العاملين والإدارة هو سؤالهم بشكل مباشر عن المشكلات التى تواجههم، والتى يمكننا أن نساعدهم على حلها مع إشراكهم فى بعض المسئوليات المتعلقة بتنفيذ البرنامج.

٢ ـ العوامل المتعلقة بتدريب العاملين واختيارهم

إن العصب الرئيسى لنجاح أى برنامج علاجى يعتمد على هيئة العاملين المباشرة (أى المشرفة على العنبر). فبيدهم القدرة على ملاحظة سلوك المرضى، ووضع الأحكام، وتنظيم عمليات المنَح وتطبيقها. لذلك فمن الضرورى توجيه رعاية شديدة لاختيار العاملين وتدريبهم على تطبيق البرنامج.

ومن المقرر أن وجود عاملين (ممرضين، أو مساعدين... إلخ) غير مقتنعين بتطبيق أسلوب علاجى معين، قد تكون له نتائج خطيرة فى إفساد أى برنامج. فضلاً عن هذا، فإن تطبيق برنامج العلاج السلوكى مشوب ببعض القضايا الحساسة مثل «حقوق المرضى» و «الضبط» وغير ذلك. ولهذا فمهما بلغ مستوى تدريب العاملين، فإن أداءهم قد يكون ضعيفًا للغاية إذا كانت فلسفاتهم وتصوراتهم عن الإنسان تجعلهم ينظرون شَزْرًا إلى هذه الأساليب.

وعلى العموم، فإنه يمكن أن نجد الكثير من أساليب تدريب العاملين على الأسس السلوكية والتكنيكات المختلفة للعلاج السلوكى، ولذلك فلابد من تركيز بعض النشاط فى هذا المجال؛ لأن هذه القضية لا تمس تدريب العاملين فقط، بل تمس أيضًا بعض القضايا العامة التى قد يثيرها حتى زملاء المهنة المتعصبون. وعلى أية حال، فمن الواجب التنبه للأطر الفلسفية للعاملين قبل الدخول فى عملية تدريبهم على الإطلاق.

ويجب أن تتضمن برامج تدريب العاملين اطلاعهم على المبادئ الرئيسية للتعلم كالتدعيم، وضبط المنبه، والجدولة الزمنية، والانطفاء وغير ذلك. هذا فضلاً عن التدريب فى داخل العنبر نفسه مع إعطائهم بعض العائد والتصحيح لأدائهم.

وينبغى تدعيم العاملين إيجابيًا إذا ما أظهروا قدرًا من الكفاءة على الاستفادة من التدريب. وهذا ضرورى مهما بلغ مستواهم من التدريب، ومن أشكال التدعيم فى هذا المجال استخدام التشجيع اللفظى، والمدح ولو أن بعض الباحثين يرى أن التدعيم الملموس كالمكافآت المادية قد يؤدى إلى نتائج أفضل. وعلى الرغم من أن هذه الدراسات تبتكر عددًا من الاقتراحات للتغلب على هذه المشكلة، فإن البحوث لا تزال قليلة فى هذا الاتجاه.

ومن الإجراءات المقترحة لزيادة مشاركة المرضى فى البرامج العلاجية ما يُسمى بالاستجابة التمهيدية أو عرض العينات(٥). وتتضمن هذه الإجراءات أساسًا عملية عرض الاستجابة المرغوبة أو الإغراء بها أو الحث على ممارستها، وتدل البحوث أن هذا الإجراء مشجع ومفيد فى كثير من الحالات.

ومن الأساليب الأخرى فى هذا المجال ما يُسمى (بمبدأ پريماك)(*)، وهو يتعلق باستخدام سلوك مفضل وشائع كمدعم لظهور سلوك آخر قليل الشيوع. وعلى سبيل المثال، استُخدم هذا الأسلوب مع مجموعة من المرضى السلبيين فى عنبر علاجى بنجاح، وقد أمكن للباحثين أن يساعدوا على ظهور وتأكيد قدرة المرضى على العمل والنشاط بشكل متسق باستخدام عدم النشاط (فى هذه الدراسة الجلوس فى العنبر) كمدعم.

ويقترح (كازدين) (٧) ثلاثة إجراءات أخرى تشجع على المشاركة، وهى: التغيير من شكل القيمة التى يتضمنها التدعيم، إدماج المريض فى التخطيط للبرنامج وتطوير خططه، استخدام أسلوب مجازاة ـ الاستجابة عندما يعزف الشخص عن الاستجابة للبرنامج العلاجى. ويؤدى الإجراء الأول فيما تبين البحوث (المرجع ٨) إلى ظهور الاستجابة المرغوبة (المشاركة)، أما أسلوب إدماج المريض فى التخطيط للبرنامج فلم يلق كثيرًا من البحث، ولو أنه مشجع.

أما أسلوب مجازاة ـ الاستجابة (والذى سيكون موضوعنا بعد قليل)، فيؤدى إلى نتائج ذات شكل مركب، ولو أنه واعد بشكل عام. وهناك أساليب أخرى لتشجيع المرضى على المشاركة، منها وضع المريض مع مجموعات غير متجانسة من المرضى وذلك لخلق ـ (نموذج) جيد أمام المريض المتقاعس أو المتكاسل.

٣ ـ مجازاة الاستجابة

اعتمدت برامج الاقتصاد الرمزى المبكرة مع الفصاميين على قانون التدعيم الإيجابى فقط عندما يظهر السلوك المرغوب. لكن البرامج الحديثة تتضمن أيضًا أسلوب مجازاة الاستجابة، أى تغريم المريض عندما يظهر السلوك غير المرغوب.

وعلى الرغم من أن هذا الأسلوب يُستخدم فى الوقت الراهن مع كل أنماط السلوك السوى تقريبًا (أى أشكال السلوك التى تعوق توافق المريض مع مجتمعه الخارجى)، فإنه بدأ يُطبق أيضًا فى علاج المشكلات السلوكية فى داخل العنبر (مثل الميل للهدم والتدمير).

(*) Premack's Principle.

وتتفق التقارير فيما بينها على أن أسلوب مجازاة الاستجابة يؤدى إلى تناقص ملحوظ فى السلوك غير المرغوب (المرجع: ٩)، ولو أن هناك تعارضًا فيما يتعلق بكيفية استخدام هذه الأساليب. وعلى سبيل المثال، يوصى البعض[١٠] بالحد من استخدام الغرامة أو الجزاء، أو التقليل من استخدامها على الأقل.

وتدل البحوث المتجمعة عن استخدام هذا الأسلوب إلى أن مخاوفنا من إستخدامه مخاوف مزعومة أو مبالغ فيها على أحسن الأحوال. فعلى سبيل المثال، أثبت هذا الأسلوب كفاءته إذا ما استُخدم مع الأساليب الأخرى فى زيادة السلوك المرغوب، وتناقص السلوك غير المرغوب مع مجموعة من المرضى السيكياتريين. فضلاً عن هذا، لم يثبت وجود أعراض جانبية سيئة على متغيرات كالعدوان، أو النزعة التدميرية والهروب من الاستجابة، وغيرها من بحوث التعلم التى بُنيت على أساس بعض التوقعات المأخوذة من بحوث التعلم الحيوانى.

ولعل من المشكلات الأساسية فى استخدام أسلوب مجازاة الاستجابة هى أن الجزاءات على بعض المرضى تتراكم، مما يؤدى إلى إحباطهم وبالتالى التدهور فى سلوكهم. وعلى سبيل المثال وجد البعض أن استخدام هذا الأسلوب للتقليل من بعض الجوانب المرضية كالعدوان، قد أدى إلى زيادة فى هذه الجوانب بازدياد تراكم الجزاءات التى فُرضت على المرضى. ولهذا عمد الباحثون إلى ابتكار أسلوب (حق شراء هذه الجزاءات) من قِبل المرضى الآخرين لزيادة التدعيم الإيجابى (المرجع: ١١). وقد حاول آخرون (المرجع: ١٢) التغلب على المشكلات التى يثيرها تطبيق أسلوب مجازاة ـ الاستجابة بابتكار أسلوب يقوم على تدعيم المريض عندما لا يمارس السلوك غير المرغوب، ويسمى هذا الأسلوب (بالتدعيم الفارق للسلوك الآخر). وتقوم فكرته الأساسية على مكافأة المريض عندما يبدى السلوك المعاكس للسلوك غير المرغوب، فبدلاً من مجازاته؛ لأنه مشاكس ـ مثلاً ـ يمكننا مكافأته عندما يصبح هادئًا وإيجابيًا.

ب ـ العلاج السلوكى الأسرى والفصام

من المعروف الآن أن نسبة كبيرة من المرضى العقليين تعيش فى داخل أسر عادية. فى الولايات المتحدة ـ مثلاً ـ تدل الإحصائيات على أن نسبة ٧٣٪ من الفصاميين تعيش خارج المستشفيات والمصحات العقلية، أى فى كنف الأسرة أو

رعاية الأقارب (١٣). وقد حدث هذا التغير بالطبع بعد تطور الرعاية الطبية وتطور العقاقير المضادة للذهان منذ ٤٠ عامًا، وقد كان ينظر لهذا التغير فى وقته على أنه علامة إيجابية وصحية، لكن صحبته - للأسف - تغيرات سلبية ومشكلات تتعلق بالأسرة. لقد أصبحت أسرة الفصامى معرضة للضغوط والتوترات النفسية بسبب معايشتها لمريض عقلى فى المنزل. وفى أحسن الأحوال تجد الأسرة نفسها مقيدة عن الحركة، والتفاعل الإيجابى بالمجتمع الخارجى إما بسبب المريض نفسه وما يحتاجه من رعاية، أو بسبب إحساس الأسرة بالخجل منه، أو بسبب مخاوف فى الأفراد أو الجماعات الخارجية نفسها من الاحتكاك بمريض عقلى (مجنون).

وفى مثل هذا الجو تختل أنماط التواصل والتفاعل الإيجابى، وتكون عواقب ذلك وخيمة حتى على المريض نفسه، مما يجعله معرضًا للانتكاس وعودة الأعراض الفصامية للظهور (١٤، ١٥). ولهذا فقد تطور ما يُسمى بالعلاج السلوكى الأسرى خلال السنوات العشر الأخيرة. ومناهجه تهدف بشكل عام إلى تحقيق هدفين رئيسين:

١ - تعديل الآثار السلبية الموجهة من الأسرة للمريض.

٢ - إعانة الأسرة ومساندتها على التعايش مع المرض العقلى.

ومن بين أهم التطورات فى العلاج الأسرى الفصامى تلك التى ظهرت بالاعتماد على ما يُسمى «بنموذج فالون»(*)، وبمقتضى هذا النموذج الذى ابتكره العالم السلوكى والمعالج الأسرى فالون يهتم المعالج بتدريب أفراد الأسرة الفصامية جميعهم على أنماط فعالة من التواصل والتفاعل فيما بينهم. وينقسم العلاج - وفق هذا النموذج - إلى أربعة عوامل، هى:

١ - التقييم: أى تحديد المشكلات وأنواعها فى داخل الأسرة.

٢ - إعطاء معلومات علمية دقيقة عن المرض يوضح من خلالها دور العوامل البيولوجية والاجتماعية دون تحيز.

(*) Falloon Model.

٣ ـ تدريب أفراد الأسرة على التفاعل والتواصل.
٤ ـ تدريبهم على حل المشكلات.

وتتم جلسات العلاج إما فى العيادة النفسية مع كل أفراد الأسرة، أو فى داخل الأسرة ذاتها حتى تُتاح للمعالج فرصة الاطلاع المباشر على ظروف الأسرة وتفاعلاتها على الطبيعة، ولتجنب إلغاء المواعيد. وعادة ما يقوم المعالج بلقاء كل فرد من أفراد الأسرة على حدة فى البداية وقبل أن يجمعهم معًا فى جلسات العلاج مع الأسرة؛ حتى يتعرَّف على احتياجات ومشكلات كل منهم على انفراد ومدى ما يعرفونه عن الفصام وتقديرهم الخاص للمشكلة.

ونظرًا لأن هذا النموذج يركز على تدريب مهارات الاتصال، فقد ركز (فالون) وزملاؤه على اكتشاف المتغيرات المختلفة التى يتضمنها هذا المفهوم حتى يمكن تدريب كل منها على حدة، ويوضح الجدول التالى المكونات الرئيسية التى يتضمنها هذا النوع من التدريب.

جدول (٩): المكونات الرئيسية لمهارات التوصل والتى
يتم علاجها فى الأسرة الفصامية

نوع الاتصال	المكونات السلوكية
الإصغاء النشط والإيجابى	ـ انظر إلى الشخص. ـ عبر وقل شيئًا يوحى بأنك تسمعه. ـ اسأل أسئلة توضيحية. ـ تحقق منه عما تسمع بين الحين والآخر.
التعبيرات الناتجة عن مشاعر إيجابية	ـ حافظ على تعبيرات وجهية ودية. ـ ابتسم. ـ عبر بالضبط عما يسعدك من تصرفاته.
التماسات إيجابية	ـ حافظ على تعبيرات وجهية ودية. ـ قل بالضبط ما تطلب منه أن يؤديه. ـ أخبره عما سيؤدى إليه إنجاز ذلك من شعور لديك.
التعبير الجاد عن المشاعر السلبية	ـ انظر إليه بتعبيرات وجهية سارة ـ تحدث بحزم. ـ قل بالضبط ما فعله الشخص من شىء ضايقك. ـ أخبره عن شعورك الذى أدى إليه تصرفه السلبى. ـ اقترح عليه تصرفًا بديلاً لتجنب حدوث ذلك فى المستقبل.

تابع جدول (٩)

نوع الاتصال	المكونات السلوكية
التفاوض والتصالح	ـ انظر إلى الشخص ـ وضح وجهة نظرك ـ أصغ إلى وجهة نظره ـ كرر ما سمعته منه
الابتعاد عن الموقف المتأزم	ـ وضح أن الموقف أصبح الآن متأزمًا. ـ أخبر الشخص أن الموقف لايسمح الآن بتواصل إيجابى. ـ قل إنك يجب أن تبتعد مؤقتًا. ـ وضح متى سترجع وأظهر رغبتك فى الحل بعد العودة.

وفى تقرير حديث عن العلاج السلوكى للفصام (١٨) تبين أن هذا النموذج من العلاج الأسرى قد أدى ـ فى دراسة مضبوطة على ٣٦ فصاميًا ـ إلى نتائج إيجابية واضحة. ومن أبرز هذه النتائج أن الانتكاسات الفصامية وصلت إلى ١٧٪ فقط فى المجموعة التى خضعت للعلاج الأسرى فى مقابل ٨٣٪ فى المجموعة الضابطة التى لم تتلق هذا العلاج. كذلك قلت ـ عمومًا ـ نسبة العودة للمستشفى، وتناقصت كمية العقاقير المضادة للذهان، وزادت فرص النجاح الاجتماعى والمهنى فى داخل المجموعة التى حظيت بهذا النوع من العلاج.

وعلى العموم، فإن نتائج العلاج السلوكى الأسرى إيجابية للغاية، وتوحى بإمكانات علاجية واعدة.

الخلاصة

يكمل هذا الفصل سابقه من حيث التعرض لمناهج العلاج السلوكى فى تعديل اضطرابات السلوك الذهانى ـ الفصامى، وذلك بالتركيز على ما يسمى بمناهج الاقتصاد الرمزى والعلاج الأسرى ـ السلوكى.

ولكى يكون هذا الفصل مرشدًا جيدًا للخبراء النفسيين و لإخصائيى الصحة العقلية فى مستشفيات ومصحات الأمراض النفسية والعقلية، فقد أوضحنا عند شرح أسلوب الاقتصاد الرمزى لطرق إجرائه، ومزاياه بالمقارنة بالأساليب الفردية (التى تعرض لها الفصل السابق)، وأهم المشكلات التى يثيرها هذا الأسلوب عند استخدامه وكيفية التعامل معها.. والحلول المقترحة بشأن الحصول على تأييد القوة الإدارية فى داخل المؤسسة، وتدريب العاملين واختيارهم، وبعض القضايا الخلقية المرتبطة بتنفيذ هذا الأسلوب.

أما الجزء الأخير من هذا الفصل، فقد تعرض للتطورات الحديثة المرتبطة بنمو العلاج السلوكى الأسرى وإمكانات تطويعها للتعامل مع المرضى العقليين. ومن ثَم، فقد ركزنا هنا على شرح أحد النماذج الفعالة فى العلاج السلوكى ـ الأسرى والمعروف بنموذج فالون، والذى يعطى تركيزًا رئيسيًا لتدريب مهارات التواصل والتفاعل فى داخل الأسرة الفصامية وتفاقمها، مع إعانة الأسرة ذاتها على التعايش مع المريض الفعلى بأقل قدر ممكن من التوتر والصراع.

مراجع وتعليقات

1 - Ayllon, T. & Azrin, N. H. (1968). **The token economy: A motivational system for therapy and rehabilitation.** New York: Appleton - Century - Crofts.

2 - Hagen, R. (1979). Behavioral therapies and treatment of schizophrenics. **Schizophrenia Bulletin**. 13, 70 - 96.

3 - Krasner, L. (1990). History of behavior modification. In A. S. Bellack, M. Hersen, & A, E, Kazdin (Eds). **International handbook of behavior modification and therapy.** (2nd Ed, pp. 3 - 20), New York: Plenum Press.

4 - Kazdin, A. e (1977). **The token economy: A review and evaluation**. New York: Plenum.

5 - Kazdin, A. E. (1980). **Behavior modification in applied settings.** Homewood, 111: Dorsey.

6 - Kazdin, A. E. (1986) Treatment research: The investigation and evaluation of Psychotherapy. In M. Hersen. A. E. Kazdin, & A. S. Bellack, (Eds) **The clinical Psychology handbook.** New York, N. Y: Pergamon Press.

7 - Kazdin, A. E. (1990). Conduct disorders. In A. S. Bellack, M. Hersen, & A. E. Kazdin (Eds) **International handbook of behavior modification and therapy.** (2nd. Ed, pp. 669 - 796). New York: Plenum Press.

8 - Winkler, R. C. (1972). A theory of equilibrium in token economya. **Journal of Abnormal Psychology.** 79, 169 - 163.

٩ - إبراهيم عبد الستار (١٩٨٧)، **علم النفس الإكلينيكى: مناهج التشخيص والعلاج النفسى.** الرياض: دار المريخ.

10 - Liberman, R. P. DeRisi, W. J. & Muesser, K. T. (1989). Social **skills tranining for psychiatric**. New York: Prgamon Press.

11 - Paul, G. L. (1974). Chronically institutionalized mental patients: Research and treatment. Paper presented to the Third Annual Conference on **Behavior Modification**. Los Angeles, California.

12 - Upper, D. A. (1979). A "ticket" system for reducing ward rules violations on a token economy program. **Journal of Behavior therapy and Experimenal Psychiatry**. 4, 137 - 140.

13 - Muesser. K. T. (1989). **Behavioral family therapy**. In A. S. Bellack (Ed), A clinical guide for the treatment of schizophrenia. (pp. 207 - 236), New York: plenum.

14 - Madanes, C. (1988). **Strategic family therapy**. California, San Francisco: Jossey - Bass Publishers.

15 - McGee, J. Menolascinno, F. J. Hobbs, D. C. & Menousek, P. E. (1987). **Gentle Teaching: A non aversive approach to helping persons with mental retardation**. New York: Human Sciences Press.

16 - Falloon, I. R. H. (1985). **Family mangement of schizophrenia.** Baltimore: John Hopkins Universtiy Press.

17 - Falloon, I. R. H. Boyd, J. L. & McGill, C. W. (1984). **Family care of schizophrenia: A problem - solving approach to the treatment of mental illness.** New York: Guilford Press.

18- Bellack, A. S. & Muesser, K. T. (1990). Schizophrenia. In A. S. Bellack, M. Hersen, & A. E. Kazin (Eds.) **International handbook of behavior modification and therapy.** (2 nd Ed, pp. 353 - 370). New York: Plenum Press.

الفصل الرابع عشر

العلاج النفسى الإيجابى

يعتبر العلاج النفسى الإيجابى فى صورته المعاصرة حركة واتجاهًا فى علم النفس الحديث لا تقتصر تطبيقاته على إثراء عمليات العلاج النفسى، بل تمتد لتشمل كل جوانب الحياة الاجتماعية والنفسية. وهو بهذا المعنى من أحد أهم الاتجاهات المرتبطة بعلم النفس الإيجابى(*)، الذى يعتبر بدوره أحد أحدث تيارات علم النفس المعاصر. عرف علم النفس الإيجابى انطلاقته فى أواخر القرن الماضى، ولكنه مازال ينمو ويتطور يومًا بعد يوم على مستوى الدراسات والأبحاث ومجالات التطبيق والعلاج النفسى.

المعالج النفسى الإيجابى والمعالج النفسى التقليدى

وعلى غير الاتجاهات التقليدية فى كل مدارس العلاج النفسى فى علم النفس والطب النفسى تتمثل الغاية الرئيسية لعلم النفس الإيجابى فى التركيز على جوانب القوة والفضائل والجوانب الإيجابية فى الشخصية بهدف فهمها وقياسها، وتطويرها، وصولا إلى نوعية من الحياة تتسم بالفاعلية والصحة والجودة والسعادة والرضا. والعلاج النفسى الإيجابى بهذا المعنى تطور كرد فعل رافض لهيمنة علم النفس المرضى الذى يجعل غايته الأساسية "الخلو من المرض"، والتركيز على فهم الأمراض وعلاجها وفقًا للمفاهيم الطبية وما تقدمه من تفسيرات وفنيات علاجية فى فهم الأمراض نفسية كانت أو عضوية.

وانطلاقًا من هذا التصور يتبلور دور المعالج النفسى الإيجابى فيما يرى علماء النفس الإيجابى (انظر المراجع ٢، ٣، ٤، ٣٦، ٤٣) فى التركيز على ما هو إيجابى

(*) Positive Psychology.

وصحى فى الحياة الاجتماعية والشخصية أكثر من التركيز على ما هو سلبى أو مرضى. ويركز هذا الفصل ـ بشكل خاص ـ على حركة علم النفس الإيجابى تشخيصًا وعلاجًا بهدف تخليص العلاج النفسى من التركيز الشديد على الجوانب السلبية المرضية للخبرة الإنسانية وتطبيقاتها فى العلاج النفسى. والواقع أن تطبيقات علم النفس الإيجابى فى العلاج النفسى الحديث يعتبر من أحد أهم التطورات المعاصرة إن لم يكن الأهم من بين كل أشكال العلاج النفسى المعروفة لنا الآن.

بعبارة أخرى، أنت لا تجد من بين المهتمين بالعلاج النفسى الإيجابى إلا أقل القليل من الاهتمام بالموضوعات المرضية كالقلق أو الخوف أو الاكتئاب أو المرض العقلى أو غيرذلك من الموضوعات المرضية، ولكن تجد اهتمامًا ملحوظًا ومكثفًا بدراسة موضوعات مثل التفكير الإيجابى، والسعادة، والرضا، والإبداع، والتفاؤل، والتوافق، والروحانية، وازدهار الشخصية، والبهجة، والتسامح، وتقبل الآخر، وغفران الأخطاء، والتعايش مع ضغوط الحياة، ونوعية الحياة، والحياة الطيبة.. إلخ.

تبرهن أدبيات البحث العلمى فى علم النفس الإيجابى وما يرتبط به من بحوث الاتجاهات الإيجابية فى العلاج النفسى على اختلاف سياقاتها، قد قدمت ثروة هائلة فى تطوير ونمو حركة العلاج النفسى مقارنة بكل التيارات السابقة له (انظر المراجع ٢، ٣، ٤، ٣٦، ٤٣، ٥١، ٦٣، ٧٢، ٨٠، ٨٤، ٨٨، ١١٨، ١١٩، ١٢٠، ١٢٦، ١٢٧) فعلى الرغم مما قدمه المعالجون النفسيون التقليديون السابقون لتبلور علم النفس الإيجابى من إنجازات قيمة، إلا أن إنجازاتهم لم تقدم إلا أقل القليل من حيث الاهتمام بدراسة الظواهر الإيجابية والقوى الشخصية فى العملية العلاجية. وهى ثغرة ظلت قائمة ومعوقة للتطور فى العلاج النفسى حتى مجىء التيار الإيجابى فى علم النفس والطب النفسى بتركيز الاهتمام بالجوانب الإيجابية من الشخصية فوق أى اعتبار آخر. وكان لجهودهم فى تطوير أساليب تقييم وتشخيص الجوانب الإيجابية فى الشخصية ما جعل من هذا الاتجاه هو الاتجاه المحورى والقائد الرئيس لحركة العلاج النفسى الإيجابى. ولا يعنى ذلك

أن المعالج الإيجابى لا يظهر أى اهتمام بالجوانب المرضية وشذوذ السلوك واضطراباته، ولكن الأحرى أن يقال بأن: اهتمام المعالج الإيجابى بالمرض النفسى والجوانب السلبية من الشخصية تكون عادة محدودة للغاية. وإذا تعرض أحد المناصرين للاتجاه الإيجابى فى العلاج النفسى لأى مرض من هذه الأمراض فسيكون ذلك بشكل عارض، وبهدف التخلص أو على الأقل تحييد الجوانب المرضية التى تلعب دورًا معوقًا لتنمية الإيجابية فى التفكير والسلوك. ويتطلب هذا منا أن نتعرف على هذا المفهوم ولأهدافه ووسائله فى تنمية القوى الشخصية.

مفهوم العلاج النفسى الإيجابى

يحقق العلاج النفسى الإيجابى أهدافه العلاجية من خلال بعض الأساليب والفنيات التى نتمكن بفضلها من غرس وتطوير الشخصية إيجابيًا. ومن أهم المفاهيم التى تطورت عن حركة العلاج النفسى الإيجابى ما يسمى: التفكير الإيجابى(*) وهو من أحد الوسائل الأساسية التى تمكن المعالج النفسى الإيجابى من تحقيق أغراضه العلاجية فى غرس الصحة النفسية. والواقع أن البذور الأولى لعلم النفس الإيجابى ذاته انطلقت من حركة العلاج المعرفى الذى يرفع من دور التفكير الإيجابى (أو العقلانى تحديدًا) فى العلاج النفسى.

والواقع أن من تتح له فرصة الاطلاع المكثف على نماذج البحث العلمى وفنيات الممارسة الإكلنيكية بين علماء العلاج النفسى الإيجابى سيجد اهتمامًا مكثفًا بدراسة خصائص متنوعة من التفكير الإيجابى والخصائص الشخصية من بينها: التفاؤل، والذكاء الوجدانى، والرضا، وتقبل الذات غير المشروط، والكفاءة الشخصية، والإنجاز، وتحقيق الذات، والمشاركة الوجدانية، والعطاء، والتشجيع على المودة، والحب، والتفتح، والانفتاح على الخبرة، والحكم الأخلاقى، ومهارات التفاعل الاجتماعى، والإحساس بالجمال، والتسامح، والمثابرة، والإبداع، والحكمة، والتطلع نحو المستقبل، والتلقائية إلخ. ومن ثم يجىء تعريفنا للعلاج الإيجابى بصفته معبرًا عن وجود عدد من الخصائص المعرفية والوجدانية والسلوكية التى

(*) Positive thoughts.

تتعاون فيما بينها على تمكيننا من التفكير وبالتالى التصرف والتفاعل فى مواقف الحياة المختلفة بطريقة تحقق للفرد وللمحيطين به النجاح والفاعلية والسعادة.

فى سياق آخر (إبراهيم، ٢٠٠٨) قمنا بتقديم تعريف إجرائى للتفكير الإيجابى بصفته تعبير بالإجابة على مقاييس الشخصية بطريقة تعكس اتصاف الشخص بتبنى أفكار ومعتقدات إيجابية تتسم بالتفاؤل والرضا والنظرة المتسامحة مع النفس والآخرين مثل:

- عندما تحدث أشياء لا نشتهيها ولا نتوقعها يمكن أن نغير من أفكارنا عنها، بحيث تكون مقبولة إلى حد ما.
- يجب مواجهة المواقف عندما تثور وليس بتجنبها، أو تجاهلها.
- الناس يتصرفون أحيانًا بطريقة سيئة ولكن من باب الجهل أو عدم المعرفة بالنتائج وليس بسبب خبث أو شر متأصل فيهم.
- يمكن أن نقلل من الآثار السيئة لأية مشكلة إذا توقفنا عن تصور الأمور بأنها خطيرة أو كارثة.
- لا يوجد شقاء أو سعادة ولكن يوجد شعور أو إدراك أمر ما بأنه يدعو إلى الرضا أو عدم الرضا.
- علاج الخوف والقلق لا يكون بالهروب منهما، ولكن بالعمل على الإقلال من الآثار السيئة التى تنتج عنهما.
- من الأفضل التأنى فى مواجهة المشكلات وإعطائها كل ما تتطلبه من وقت وجهد حتى تحل أو تختفى بدون مضاعفات جانبية.
- نجاحنا فى الحياة مرهون بالاعتماد على النفس دون انتظار لصدفة أو أحد يقودنا للنجاح.
- قوة الإنسان تكمن فيما يملك من مهارات شخصية وقدرات على تبنى الأساليب المؤدية للنجاح وتحقيق الذات.

- النجاح يقود للمزيد من النجاح
- التعرض للفشل مرة لا يعنى أنه سيتكرر فى كل المواقف الأخرى.
- التعامل مع تحديات الحياة وتحقيق الذات تتطلب أن يكون الإنسان متمكنًا من شىء ما يتقنه ويستمد منه القوة الشخصية.
- بمقدورنا أن نتجنب الآثار السيئة لأى حدث فى الماضى إذا ما تبنينا وجهات نظر متسامحة وتصرفنا على هذا الأساس.
- يجب على الإنسان أن يتمالك نفسه إزاء مصائب الآخرين، لأنه سيكون أكثر فائدة لهم مما لو كان كئيبًا أو مهزومًا مثلهم.
- من أهم مايصف المثالى احترام الذات، وتقديم الحب بدلا من توقع الحب .
- على الشخص أن يعمل بنفسه على تحقيق أمنياته وخلق مصادر سعادته.
- لا يوجد مصدر واحد للسعادة، توجد مصادر مختلفة ومتنوعة.
- لا يوجد نجاح بالصدفة أو الحظ، النجاح الحقيقى يتوقف على ما لدينا من مهارات ونشاط وطرق كل الأبواب المتاحة. (عن: عبد الستار إبراهيم: المراجع ٢، ٣، ٤).

مكونات العلاج النفسى الإيجابى

المعالج النفسى الإيجابى، إذًا ـ يهتم ـ من خلال أدواته التشخيصية والعلاجية ـ بمساعدة عملائه من المرضى أو الأسوياء باستكشاف الجوانب الإيجابية من السلوك والشخصية وتدعيمها من حلال ما لديه أو ما لديها من برامج تعنى بتنمية وتدعيم الاستراتيجيات أو السبل الإيجابية التى توجه التفكير وسلوك الفرد نحو الصحة بجوانبها النفسية والجسمية والاجتماعية. ومن الممكن بادئ ذى بدء أن نحدد أربعة مكونات من الاهتمام تصف الإيجابية والسبل التى يتخذها المعالج الإيجابى لتحقيق أهدافه العلاجية، هى:

● التفكير الإيجابى.

● الفضائل والقوى الشخصية.

● المكونات الوجدانية ـ الانفعالية الدافعة للسلوك الإيجابى والنشاط.

● المكون السلوكى أى ذلك الذى يتعلق بممارسة الإيجابية فى الحياة العامة.

و فيما يلى وصف لكل مكون:

(١) **المكون المعرفى أوالتفكير الإيجابى**(*)، الذى هو ـ بلا شك ـ الأداة الأكثر فاعلية فى التعامل مع مشكلات الحياة وتحدياتها ومهامها. والواقع أن علم النفس الإيجابى ذاته انطلقت بذوره الأولى من هذا التفكير الإيجابى أو الواقعى تحديدًا، من ضمن حركة العلاج المعرفى وعلم النفس المعرفى، اللذين يحتلا حاليا مركز الصدارة فى توجهات علم النفس المعاصرة. وبهذا المعنى، يقضى المعالج الإيجابى جزءًا طويلاً من وقته يعرف ويعلم الآخرين بأن السبل الإيجابية من السلوك والتفكير لا تكون إلا من خلال بعض الأفكار والمعتقدات والتوجهات الشخصية، والسلوكية، التى تتسم بالعقلانية ـ الإيجابية (إبراهيم، ٢٠٠٨). وإذا ما أردنا المقارنة بين الإيجابيين، والسلبيين بهذا المعنى فإننا سنجد العديد من السبل الإدراكية والمعرفية، التى تميز الجوانب التى تفرق بين الفرد الإيجابى والفرد السلبى بما فيها التفكير والتصرف بإيجابية. فالإيجابيون يستحثون على التقدم والنجاح؛ ومتفائلون، وينشرون من حولهم التفاؤل، والطاقة الإيجابية على العمل، والنشاط، ويحركون فى الآخرين دوافع الإنجاز، ويبثون بذور التعاون والتسامح (انظر بالعربية: ٢، ٣، ١٦، ٢٢، ٢٣، ٢٦، وبالإنجليزية: ٧٢، ٧٦، ٨٣، ٩٠، ١١٩، ١٢٠، ١٢٣، ١٢٤، ١٢٥، ١٢٧).

هذا وتنعكس أهمية التفكير الإيجابى فى حياة الفرد والجماعة بشكل مباشر؛ فالمعالج الإيجابى يهدف إلى تنشيط الفاعلية الوظيفية والكفاءة والصحة الكلية للإنسان، ومن ثم تجده يركز على أوجه القوة عند الإنسان بدلا من أوجه القصور، وعلى الفرص المتاحة بدلا من الأخطار المحدقة، وعلى تعزيز الإمكانات

(*) Positive thinking.

بدلا من التوقف عند المعوقات، والكفاءة والصحة، بدلا من التركيز على الاضطرابات وعلاجها. إنه بعبارة أخرى يغير المنظور ومركز الاهتمام من المرض الإعاقة، إلى الفاعلية وبناء القوة والقدرة والمتعة والصحة والتعافى وتحقيق ذاته

. وذلك على مختلف المستويات الذهنية والمعرفية والسلوكية والمهنية والاجتماعية العامة. فالفرد الإيجابى يفسر ما يحصل له من مواقف الفشل وعدم تحقيق الأهداف على أنها فرصة للتطوير والتحسين، ويشعر بالتفاؤل والسعادة، بينما يفسرها الفرد السلبى على أنها فشل واضطهاد، وظلم من المحيطين به.

ومن بين الدراسات التى تناولت التفكير الإيجابى مقابل التفكير السلبى، دراسة قام بها "كازدن" (المرجع ٨٦) تناولت تقييم استبيان الأفكار الآلية(*) الذى أعده هولون و"كندال" Hollon& Kindall "الأنصارى" و "كاظم"، المرجع ١)، وهو استبيان لتقييم الأفكار السلبية المرتبطة بالاكتئاب لدى الراشدين. وقد أظهر الاستبيان اتساقًا داخليًا مرتفعًا، وتأكد وجود الصدق التقاربى من خلال نتائج ارتباط الاستبيان إيجابيًا بالاكتئاب، واليأس (فقدان الأمل)، ومركز السيطرة الخارجى، وسلبًا مع احترام الذات.

كذلك أجرى"إنجرام" وزملاؤه (المرجع ٧٦) دراسة عن الخصائص السيكومترية لاستبيان الأفكار الآلية الإيجابية الذى صمم لتقييم عبارات وصف الذات الإيجابية؛ إذ أظهرت النتائج استقرار معامل الثبات، وارتباط الاستبيان سلبًا بالحالات الوجدانية السلبية، وعدم ارتباطه بالحالات الطبية غير المرتبطة بالضغوط. كما ظهر أيضا أن لهذا الاستبيان صدقًا تمييزيًا دالاً، وأنه يتطابق مع التنبوءات النظرية لنموذج حالات العقل، كما أنه حساس للتغيرات المعرفية.

ومن بين المفاهيم التى لقيت اهتمامًا وصدى عربيًا وعالميًا مفهوم التفكير الإيجابى كما تصدى له الكاتب الحالى وزملاؤه من الباحثين فى هذا الاتجاه فى

(*) Automatic Thoughts Questionnaire (ATQ).

(*) Positive Automatic Thoughts Questionnaire (ATQ - p).

(*) states - of - mind model.

عدد من الدراسات التى أجريت فى مصر(٢٦) وسلطنة عمان (المرجع ٧٢)، والسعودية وإيطاليا (انظر: ٢، ٢٦). فقد صمم الكاتب الحالى المقياس العربى للتفكير الإيجابى الذى ضم عشرة أبعاد تصف الاتجاهات وأنماط التفكير الإيجابى، وهى: التوقعات الإيجابية والتفاؤل، الضبط الانفعالى والتحكم فى العمليات العقلية العليا، وحب التعلم، والتفتح المعرفى الصحى، الشعور بالرضا، والتقبل الإيجابى للاختلاف عن الآخرين، السماحة والأريحية، الذكاء الوجدانى، التقبل غير المشروط للذات، تقبل المسئولية الشخصية، المجازفات الإيجابية. ونتعرض بعد قليل لشرح واف لهذا المقياس وأبعاده وبعض نتائج تطبيقاته فى مناطق مختلفة من العالم.

٢ ـ **مكون الفضائل الشخصية والقوى الشخصية:** أى ما يسمى بمكامن القوى البشرية الإيجابية المضادة للاضطراب النفسى. والواقع أن جذور الاهتمام بهذا المكون بدأت تاريخيًا مرتبطة بالنشاطات الفكرية الفلسفية المبكرة فى الفلسفة اليونانية كما مثلها العديد من فلاسفة ذلك العصر وبشكل خاص عند سقراط (٤٧٠ ـ ٣٩٩ ق. م) وأفلاطون (٤٢٧ ـ ٣٤٧ ق. م)، وأرسطو (٣٨٤ ـ ٣٢٢ ق. م). فقد تبنى هذا الثالوث من الفلاسفة مفاهيم عن الفضيلة والسعادة والاعتدال ما جعل منهم روادًا تاريخيين لعلم النفس الإيجابى. اقترح أرسطو ـ مثلا ـ الفكرة بأن للإنسان الفاضل جانب عاقل يتميز بمعرفته بالفضيلة التى ترسم أمامه السبيل للحياة الطيبة وبها يتحسن سلوكه ويسمو فوق غرائزه وانفعالاته (٢٢ ـ ٢٣). وأرسطو بهذا المعنى تبنى ـ إلى حد كبير ـ نظرة أستاذيه سقراط وأفلاطون بأن الخير والفضيلة والتعالى أمور مطبوعة فى جوهر الإنسان وأن للإنسان نفسًا عاقلة من سماتها الأساسية التحلى بفضيلة الحكمة والشجاعة (فى مقابل النفس الشهوانية). وبفضل الفلاسفة المسلمين فى العصور الوسيطة انتقلت الأفكار الفلسفية اليونانية المبكرة للتراث البشرى وأوروبا، بفارق أساسى هو أن الفلاسفة المسلمين نقحوا وأضافوا الكثير من الملامح والنظرات الفلسفية لمفاهيم مثل الفضيلة والسعادة والرضا عن النفس والإيمان مما جعل من الفلاسفة المسلمين

(*) Positive expecation and optimism.

أمثال: ابن سينا والرازى، والبلخى من الرواد الأساسيين فى علم النفس الإيجابى.

وإذا انتقلنا إلى حقل عِلْم النفْس فى القرنين الثامن عشر والتاسع عشر فسنجد إشارات إلى التفكير الإيجابى فى الشخصية لدى رواد مختلف التوجهات النظرية كالسلوكية والبنائيه والوجودية والتحليل النفسى والإنسانية، تمثلت فى تناولهم للجوانب الإيجابية فى الإنسان. وجدير بالذكر أن منظرى التيار الإنسانى أمثال: "مازلو" و"كارل روجرز" ـ بشكل خاص ـ أكدوا على أن الطبيعة الانسانية طبيعة إيجابية خلاقة تسعى للنمو وبها إمكانات هائلة على التطور والارتقاء، مما يستوجب التركيز على دراسة جوانب القوة والإيجابية بدلا من دراسة المرض، فمثلا، وضع "مازلو" (انظر: ١٤) نظرية إيجابية تتوزع خلالها الدوافع توزيعًا هرميًا متدرجًا يبدأ من الدوافع البيولوجية والبقاء، وأعلاها تعبيرًا عن الصحة وتحقيق الذات والقوة. وأشار"روجرز" أيضًا إلى ضرورة الاهتمام بدراسة الطبيعة الإنسانية وأنها طبيعة خيرة فالانسان يولد مزودًا بالحب والارتقاء ولدية قوة لتوجيه حياته والقدرة على تحقيق الأمل والسعادة (٨٠، ١٢١، ١٢٢) ولقى مكون الفضائل الإنسانية أيضا اهتمامًا خاصًا من العالم النفسى ورائد الإيجابية"سيليجمان" وزملاؤه (١١٩. ١٢١. ١٢٥. ١٢٦) فقد وضع"سيليجمان" قائمة من ست فئات، تشكل الفضائل الشخصية والصفات الإيجابية فى الشخصية، مثل: الحكمة والمعرفة، والشجاعة والنزعة الإنسانية، والاعتدال المزاجى، والعدل، والتسامى. وينصحنا"سليجمان" وزملاؤه بهذا الصدد بتبنى تلك الصفات؛ لأنها كما أكدت دراساتهم تساعد الفرد على تخطى الفشل وتحمل التحديات المختلفة.

٣ ـ المكون الوجدانى ـ الانفعالى، والمشاعر الإيجابية: حيث عاب علماء النفس الإيجابى على علماء النفس التقليدى أنهم يخصصون جل وقتهم ومعظم طاقاتهم وإمكاناتهم لدراسة الانفعالات السلبية مثل: الغضب أو الاكتئاب والقلق بدلاً من الانفعالات الإيجابية مثل السعادة والبهجة والمرح والتفاؤل. وفى هذا الصدد يرى علماء النفس الإيجابى أن مثل: تلك الانفعالات الإيجابية تمكن الإنسان من

استعادة عافيته النفسية وتجدد طاقة إقباله على الحياة. ولهذا الأمر قيمة علاجية رائعة، فعندما تتزايد المشاعر الإيجابية تتزايد معها مستويات الإبداع والمرونة النفسية العامة، والمعالجة الإيجابية الفعالة لضغوط الحياة أو المنغصات اليومية كبديل لمشاعر اليأس والقنوط والتشاؤم وغيرها من تلك المشاعر التى ترتبط عادة بالمرض النفسى والبدنى.

٤ - **المكون السلوكى:** أى ذلك الذى يتعلق بترجمة المشاعر والأفكارإلى سلوك إيجابى نحو الذات والآخرين ومن أمثلة ذلك: مساعدة الآخرين وتقديم العون، والبحث عن الحلول، والتصدى للمسئولية والقيادة، والسعى الحثيث للعمل والإبداع، والإنجاز، وحل الصعوبات، والصمود، والتفانى فى الأداء والعمل. وقد توصلت بحوث علم النفس الإيجابى فى هذا الاتجاه أن الناس - بطبيعتهم - يحبون الشخص الذى يفكر ويتصرف بإيجابية، وأننا نحب أن نكون محاطين، وعلى مقربة من الذين يتصرفون بإيجابية ويسلكون نحونا بإيجابية ؛ لأنهم يستحثون على التقدم والنجاح؛ ومتفائلون، وينشرون - حيث يذهبوا - التفاؤل، والطاقة الإيجابية على العمل والنشاط، ويحركون فى الآخرين دوافع الإنجاز والمبادرة، ويبثون بذور التعاون والتسامح أينما حلوا ومتى تدخلوا فى حل صراعات الحياه ومشكلاتها (٢. ٣. ٤). و المعالج الإيجابى - بشكل خاص - يتميز عن زملائه من المعالجين النفسيين بقدرته ومهارته على حث وتدريب عملائه من المرضى والأسوياء أن يتحمل الفرد مسئولياته بلا تردد وأن لا يتذرع بضيق الوقت، أو يلقى بالأعذار على غيره، وأن تكون لديه من الشجاعة ما يمكنه من أن ينجح، ويحقق النجاح والفوز لنفسه ولمن حوله. ومن الجدير بالذكر الإشارة إلى ندرة الدراسات التى تناولت الجوانب الإيجابية فى سلوك البشر من منظور سيكولوجى بسبب تجاهل علماء النفس لها فى العقود الماضية.

تشخيص السلوك الإيجابى وقياسه

ومن بين الأهداف المعاصرة فى علم النفس الإيجابى إيجاد بعض التوازن فى القياس، سواء بإيجاد أدوات تقيس السمات والأنماط الشخصية - الإيجابية، أو

قياس الفضائل، مع إعدادها وبرامج تدريبها، كما أن وجود مثل هذه الأدوات يعطى القدرة للممارس، والعميل على السواء بتسمية ما هو فعال ومفيد فى الحياة، وقياس مدى تقدم الفرد فى اكتساب وتنمية هذه الإيجابيات (انظر: ١٢٦، ١٢٧). كما أن وجود أدوات قياس للجوانب الإيجابية فى الشخصية يساعد على فهم الفرد بشكل أشمل من مجرد إلصاق صفة سلبية به، ويدعم الفرد ويشجعه على الإفادة من تلك الإيجابيات وتنميتها. ويركز علم النفس الإيجابى على قياس جوانب القوة لدى الإنسان، فنجد الآن اهتمامًا واسعًا بتصميم مقاييس نفسية لتقدير جوانب متنوعة من السلوك الإيجابى مثل: الذكاء الانفعالى، والتفكير الإيجابى، والعمليات النفسية الصحية، مثل: الصبر، أو النتائج الإيجابية، مثل: السعادة، والرضا (٤، ٢١، ٢٧) ومن الأمثلة على ذلك:

دراسة يونج وزملائه (٨٣) عن التفكير الإيجابى، والرضا عن الحياة باستخدام استبيان عن التفكير الإيجابى، تضمن (١٨) فقرة، تقيس عاملين هما: الرضا الشخصى عن الحياة باستخدام سؤال واحد هو:"لو أخذت فى الاعتبار كل العوامل، كم أنت راضٍ عن حياتك الحالية؟" واختصت عبارات المقياس الأخرى ببقية الفقرات. وعموما ارتبطت نتائج المقياسين سلبًا بالمشاعر السلبية، والاكتئاب، واليأس، وهذا يشير إلى الصدق التقاربى والتمييزى. كما أظهرت النتائج أيضا أن العمر الزمنى، والمستوى التعليمى، والمهنة، ودخل الأسرة، لها تأثير فى التفكير الإيجابى، فضلا عن الرضا عن الحياة، وأظهرت النتائج أن الأصغر عمرًا، والأكثر دخلاً، وتعليمًا كانت درجاتهم أعلى فى التفكير الإيجابى، والرضا عن الحياة مقارنة بكبار السن والأقل دخلاً (انظر: ٢٦).

- دراسة بارك وبيترسون (Park & Peterson, 2009) باستخدام قائمة استراتيجيات وفضائل الشخصية باعتبارها أداة لتقييم الجوانب الإيجابية فى الشخصية. تكونت القائمة من (٢٤) فضيلة (أو سمات إيجابية) فى الشخصية، توزعت على ستة أبعاد. وتوصلت الدراسة إلى تمتع القائمة بمعاملات صدق، وثبات مرتفع، ويمكن استخدامها فى المجالين الإكلينيكى والتربوى.

● كذلك وضع سليجمان وآخرون من تلاميذه وزملائه (١١٨. ١١٩) قائمة تضم أربعة وعشرين عنصرًا موزعة على ست فئات، تشكل إستراتجيات التفكير الإيجابى فى الشخصية، ويمكن توضيح القائمة وفئاتها الستة على النحو التالى:

● الحكمة والمعرفة: هى إستراتجيات وملكات معرفية تساعد الفرد على اكتساب المعرفة واستخدامها وتشمل عناصرها حب التعلم والإبداع والبصيرة الصحيحة للأمور، وحب الاستطلاع والانفتاح.

● الشجاعة: وهى تتمثل فى الإستراتجيات الوجدانية التى تمكن الفرد من تحقيق أهدافه الاجتماعية من خلال عدة مهارات توكيدية، وتشمل الثقة والإقدام والمثابرة الحيوية.

● النزعة الإنسانية: وهى إستراتجيات المصادقة والميل للآخرين وتشمل العطف والقدرة على الحب والذكاء الاجتماعى.

● الاعتدال المزاجى: وهى الإستراتجيات التى تساعد الأفراد على تجنب التطرف فى السلوك وتشمل اعتبار الذات والعفو والتسامح والتواضع.

● العدالة: وهى إستراتيجيات التحضر وبها تتحقق الحياة الاجتماعية السليمة، وتتضمن القيادة والعمل الجماعى والوضوح.

● السمو: هى إستراتيجيات تمكننا من إعطاء معنى للأشياء منها تقدير الجمال، والفضيلة، والأمل والدعابة والعرفان بالجميل، والإيمان. ونصح "سيليجمان" وزملاؤه (١٢٤، ١٢٥) بتبنى تلك الصفات، لأنها من وجهة نظرهم تساعد الفرد على تخطى الفشل وتحمل تحديات السلوك الإيجابى. وأوضحوا كذلك أن اختيار أية صفة أو فضيلة من إستراتجيات القوة له أسس ومحكات هى: أن تكون موضع تقدير كل الثقافات وأن تكون موضع تقدير فى حد ذاتها وليس باعتبارها وسيلة لغاية أخرى وأن تكون قابلة للتعلم.

● ومن بين المقاييس المتاحة فى البيئة العربية، المقياس العربى للتفكير الإيجابى الذى أعددناه فى عام ٢٠٠٨ (٢، ٣، ٤)، بهدف قياس جوانب القوة

والإيجابية فى تفكير الفرد، وسلوكه، ومعتقداته. استندنا فى تطوير هذا المقياس إلى فرضية أن الإيجابيين من الناس يتصفون بالسعادة، لما يتبنون من تلك الأفكار العقلانية التى تهديهم فى توجهاتهم الشخصية، والسلوكية، والاجتماعية، أى وفقًا لبعض المعتقدات الفكرية والسلوكية (مثلا: معظم ما يصيبنا من خير، أو شر نحكمه نحن بآرائنا وتصرفاتنا، ومن ثم اشتمل المقياس على ١٠ مقاييس فرعية يصف كل منها بعدًا مستقلاً من أبعاد التفكير الإيجابى هى:

- التوقعات الإيجابية والتفاؤل.
- الضبط الانفعالى والتحكم فى العمليات العقلية العليا.
- حب التعلم والتفتح المعرفى الصحى.
- الشعور العام بالرضا.
- التقبل الإيجابى للاختلاف عن الآخرين.
- السماحة والأريحية.
- الذكاء الوجدانى.
- تقبل غير مشروط للذات.
- تقبل المسئولية الشخصية.
- المجازفة الإيجابية.

ونوضح فيما يلى وصفًا تفصيليًا لهذا المقياس وبعض نتائجه فى البيئة العربية وعددًا من الدراسات العالمية الأخرى.

المقياس العربى للتفكير الإيجابى

نموذج تفصيلى لقياس التفكير الإيجابى

أعدّ هذا المقياس عبد الستار إبراهيم عام (٢، ٣) بهدف قياس جوانب القوة والإيجابية فى تفكير الفرد، وسلوكه، ومعتقداته، ويمكن استخدامه فى المجالين الإكلينيكى والتربوى. أخذت فقرات المقياس بناء على حصر لما يتصف به

الإيجابيون من أفكار، ومعتقدات، وممارسات سلوكية. يتكون المقياس من ١١٠ عبارة تتكون كل منها من اختيارين"أ" أو"ب" من نوع الاختيار الإجبارى (إما .. أو)، تتوزع العبارات على عشرة أبعاد كل بعد منها يشتمل على عدد من العبارات يتراوح عددها من ٨: ١٧ فقرة. يتم تصحيح المقياس بإعطاء البديل (أ) الذى يشير إلى التفكير الإيجابى الدرجة (٢) والبديل (ب) الذى يشير إلى التفكير السلبى الدرجة (١)، ماعدا ست فقرات هى: ١٦، ١٧، ١٨، ١٩، ٢٠، ٨٩، فقد تم تصحيحها عكس الميزان السابق. وبذلك تتراوح الدرجة الكلية على المقياس بين (١١٠-٢٢٠) درجة (تدل الدرجة العالية على التفكير الإيجابى). توافرت فى المقياس دلالات صدق وثبات مقبولة، فى عدد من الدراسات التى أجريت فى مصر (قاسم، ٢٠٠٨) والمملكة العربية السعودية (إبراهيم، ٢٠١١) وسلطنة عمان (كاظم، ٢٠١٠). وأما الصدق، فقد كانت العلاقة مع قائمة بيك للاكتئاب سالبة ودالة (-٠,٦٣) (٧٢). والملحق (١) يتضمن عينة من فقرات المقياس. تم الاستناد فى تطوير المقياس إلى أساس أن الإيجابيين من الناس يتصفون بالسعادة، لما يتبنون من تلك الأفكار العقلانية التى تهديهم فى توجهاتهم الشخصية، والسلوكية، والاجتماعية، وفقًا لبعض المعتقدات الفكرية والسلوكية (مثلا: معظم ما يصيبنا من خير، أو شر نحكمه نحن بآرائنا وتصرفاتنا، وعندما تحدث أشياء لا نشتهيها ولا نتوقعها يمكن أن نغير من أفكارنا عنها، بحيث تكون مقبولة إلى حد ما، يجب مواجهة المواقف عندما تثور وليس البعد عنها وتجنبها، وغيرها). أما المقاييس الفرعية العشرة التى تضمنها المقياس وتعريفاتها ونماذج من الأسئلة التى استخدمت لقياسها فقد كانت كما يلى: (إبراهيم، ٢٠٠٨):

١ ـ التوقعات الإيجابية والتفاؤل: أى التوقعات الإيجابية بتحقيق مكاسب فى مختلف جوانب حياة الشخص، فضلا عن زيادة مستوى التفاؤل، وما يتوقعه من نتائج إيجابية فى الحياة الصحية الشخصية، والاجتماعية، والمهنية.

أمثلة من الأسئلة اشتمل عليها المقياس

(أ) إذا فشلت مرة فسأنجح فى المرة القادمة.

(ب) إذا فشلت مرة فسأفشل كل مرة.

(أ) بيدى أن أجعل حياتى مشوقة.

(ب) الحياة مملة وكئيبة وليس بيدى ما أستطيع عمله لتغيير الحال.

(أ) حب الناس مكسب ولكننى أستطيع أن أعيش دون حب البعض.

(ب) أنزعج بشدة عندما أعرف أن البعض يكرهنى.

(أ) أعتقد أن حياتى ستكون دائما سعيدة وراضية.

(ب) أعتقد أن أيام سعادتى قد انتهت ولن أعود سعيدًا كما كنت.

(أ) أميل للمرح والبهجة.

(ب) كل ماحولى يدعونى للسخط والغضب.

٢ ـ الشعور بالرضا: وهو الشعور العام بالرضا عن النفس، والسعادة بتحقيق الأهداف العامة والحيوية فى الحياة الشخصية بما فى ذلك مستوى المعيشة، والإنجاز، والتعليم.

أمثلة اشتمل عليها المقياس

(أ) يذكرنى الناس بالخير.

(ب) مهما قدمت للآخرين فلن يذكرنى أحد بخير.

(أ) أفعل ما على وتسير أمورى دائما بما يرضينى.

(ب) أفعل ما على ولكن الأقدار دائما ضدى.

(أ) شكلى مقبول.

(ب) أتمنى لو أننى خلقت أجمل مما أنا عليه الآن.

(أ) مزاجى طيب بغض النظر عن أى ظروف خارجية.

(ب) أتعكنن بسهولة عندما يكون الجو حارًا ورطبًا.

(أ) أعتقد أننى جذاب (أو جذابة).

(ب) يضايقنى أننى لم أولد جذابًا وجميلاً.

٣ ـ التقبل الإيجابى للاختلاف عن الآخرين: وهو تبنى أفكار وسلوكات اجتماعية تدل على تفهم الاختلاف بين الناس كحقيقة، والدعوة إلى تشجيع الاختلاف، والنظر إليه بمنظور إيجابى متفتح.

أمثلة اشتمل عليها المقياس

(أ) أعرف كيف أتعامل مع الناس حتى وإن كنت فى قرارة نفسى أضيق بهم.

(ب) إذا كرهت شخصا فإننى لا أحتمل التعامل معه أو معها.

(أ) أشعر أن الناس أحرار فيما يفكرون.

(ب) أشعر أن الدنيا ستفسد لو تركنا كل شخص يفكر بالطريقة التى تعجبه.

(أ) لا يفكر كل الناس بطريقة واحدة سليمة.

(ب) يجب أن نفرض على الآخرين ما نراه سليمًا.

(أ) أشعر براحة الاختلاط بالناس المختلفين عنى.

(ب) عمومًا أحب الوحدة أو الاختلاط مع الناس المتفقين معى.

أعتقد أن نظرتى لعمل المرأة:

(أ) متحررة وغير تقليدية.

(ب) محافظة وأعتقد أن المرأة يجب أن تلتزم ببيتها وأولادها.

٤. الضبط الانفعالى والتحكم فى العمليات العقلية العليا: وهى مهارات الشخص فى توجيه انتباهه، وذكرياته، وقدراته على التخيل فى اتجاهات سليمة، ومفيدة تتلاءم مع متطلبات الصحة النفسية، وتنمية رصيده المعرفى الملائم لعمليات التوافق النفسى والاجتماعى.

. أمثلة اشتمل عليها المقياس

(أ) تصرفاتى مع الناس تتسم بالحكمة والتفهم.

(ب) الآخرون يصفوننى بالاندفاع فى التعامل مع الناس.

(أ) معروف عنى عمومًا أننى شخص انفجارى سريع الغضب.

(ب) نادرا ما أتصرف باندفاع أو تهور.

(أ) بإمكانى أن أتحكم فى غضبى بسهولة.

(ب) نادرًا ما أغضب.

(أ) إذا ارتفع صوت أحد على فإننى استجيب بالمثل.

(ب) ليس من عادتى أن أنفعل حتى وإن أراد أحد إثارتى.

(أ) تسيطر على حالات مفاجئة من التوتر بدون سبب ظاهر.

(ب) نادرًا ما أغضب.

٥ ـ حب التعلم، والتفتح المعرفى الصحى: وهو ما يتميز به الفرد من اتجاهات إيجابية نحو إمكانات التغيير، بما فى ذلك من اهتمام بالمعرفة، وحب التعلم، والمعرفة بما هو جديد وملائم لتحقيق الصحة النفسية. ويتسم أصحاب هذا النمط بالنظرة الإيجابية لأهمية العلاج النفسى، والثقة فيما يقدمه المعالج من نصائح وتوجيهات، فضلا عما يمتلكه الفرد من رصيد معرفى، ومعلومات عن الصحة والسعادة، وآلية التعامل مع مواقف الخوف، والقلق، والاكتئاب، والاضطراب النفسى.

أمثلة اشتمل عليها المقياس

(أ) توجد لدى دائما أكثر من طريقة لإنجاز الأمور.

(ب) توجد لدى دائما طريقة واحدة ولكنها صحيحة لإنجاز أمورى الشخصية.

(أ) بإمكاننا أن نتغلب على ما يعترينا من قلق أو خوف.

(ب) القلق أم فطرى لا يمكن مقاومته أو علاجه.

(أ) أعتقد فى أهمية العلاج النفسى فى تغييرنا لما هو أحسن.

(ب) لا اعتقد فى العلاج النفسى وأنه مضيعة للوقت والمال.

(أ) فى الدنيا متسع لنموى ونمو الآخرين من حولى.

(ب) فرص الحياة محدودة وإمكانات النمو ضيقة.

(أ) بيدى أن أجعل حياتى مشوقة ومبهجة.

(ب) الحياة مملة وكئيبة وليس بيدى ما أعمله لتغيير الحال.

٦ ـ السماحة والأريحية: وتعنى تبنى أفكار وسلوكات تنظر للماضى الذى عاشه الفرد بتسامح، بصفته أمرًا مضى وانقضى، ومن المؤسف أن تظل مقيدًا به. وأن تتقبل الواقع، وما فيه من تحديات دون أن تغفل عما به من أمور مستحيلة لا يمكن تغييرها، والقبول بما لا يمكن تغييره يعنى أيضا قلة الشكوى،أو كثرة التذمر؛ فالناجح لا يعرف الشكوى ولا يتذمر طوال الوقت من الأشياء الخارجة عن إرادته.

أمثلة اشتمل عليها المقياس

(أ) لا تعوقنى المادة وقلة الثروة عن الاستمتاع بحياتى (الحب) لم أولد غنيا (أو غنية) وهذا هو السبب فى معاناتى.

(ب) لم أولد غنيًا (أو غنية) وهذا هو السبب من معاناتى.

(أ) الوفرة والثروة لا تحقق لنا ما نريد من سعادة أو رضا.

(ب) من الصعب على الإنسان أن يشعر بالسعادة مع الفقر.

أشد الناس جاذبية لى:

(أ) المبدعون والمختلفون فى آرائهم وأفكارهم.

(ب) العاديون والبسطاء.

(أ) لا يوجد فى طفولتى ما يثير إزعاجى.

(ب) طفولتى مليئة بالآلام والجراح.

(أ) عندما أعمل لا أهتم إن ارتكبت بعض الأخطاء هنا أو هناك.

(ب) أدقق كثيرًا فيما أعمل لدرجة أننى قد ألغى أو أؤجل ما أفعله.

٧ ـ الذكاء الوجدانى: وهو مجموعة من الصفات الشخصية، والمهارات الاجتماعية والوجدانية التى تمكن الفرد من تفهم مشاعر الآخرين، وانفعالاتهم، ومن ثم يكون أكثر قدرة على ترشيد حياته النفسية، والاجتماعية انطلاقًا من هذه المهارات.

أمثلة اشتمل عليها المقياس

(أ) أبدى حبى بسهولة للآخرين بدون حرج.

(ب) أشعر بحرج شديد عندما أريد أن أعبر عن حبى لشخص آخر.

(أ) أجد سهولة فى تكوين الأصدقاء والمحافظة عليهم.

(ب) أشعر بصعوبة شديدة فى تكوين أصدقاء جدد.

(أ) من السهل على أن أتفهم المشكلات بين الأشخاص وأحل الخلافات بينهم بيسر.

(ب) يصعب على أن أجد أسلوبًا مناسبًا للتوفيق بين أصدقائى عندما يختلفون بينهم.

(أ) يصفنى الآخرون بالود واللطف فى تعاملاتى معهم.

(ب) يصفنى الآخرون بالتكبر والصرامة.

النجاح فى الحياة يتطلب أن:

(أ) تعامل كل شخص بطريقة مختلفة.

(ب) توجد طريقة واحدة صحيحة وناجحة فى التعامل مع كل الناس.

٨ ـ التقبل غير المشروط للذات: ويعنى تقبل الفرد لذاته ومعرفة قيمتها. والرضا بما يملكه من إمكانات، وتجنب تحقير الذات أمام الآخرين؛ بهدف الحصول على انتباههم، أو عطفهم،أو حتى مجرد لفت الأنظار. وتقبل الذات يتضمن جانبًا كبيرًا من العقلانية؛ لأنك لا تتضايق وتتذمر من الأمور الخارجة عن إرادتك، كما يشجعك تقبلك لذاتك على المجازفات المحسوبة لإقامة علاقات اجتماعية قائمة على الاحترام والحب المتبادل بالآخرين.

أمثلة اشتمل عليها المقياس

(أ) لا أشعر بأى خطأ بممارسة متعة شخصية حتى ولو استنكر البعض ذلك.

(ب) أفقد رغبتى فى أية متعة شخصية إذا استنكر أحد من حولى ذلك.

(أ) حياتى مهمة حتى ولو لم أحقق كل ما كنت أطمح إليه.

(ب) حياتى تافهة إن لم تكن مليئة بالإنجازات والطموح.

(أ) لا أنزعج إذا اكتشف أحد أن بى أو فى عملى شيئًا خاطئًا.

(ب) أشعر بالإنزعاج إذا أكتشف أحد أن بى أو فى عملى شيئًا خاطئًا.

(أ) بإمكانى أن أتقبل ذاتى دون شكوى.

(ب) ألوم نفسى دائما وأحاسبها بشدة.

(أ) عادة ما أتقبل نفسى حتى لو تعرضت لنقد الآخرين.

(ب) أشعر بالانزعاج الشديد من النقد.

٩ ـ تقبل المسئولية الشخصية: الإيجابيون من الناس لا يتذرعون بقلة الوقت، ولا يلقون الأعذار على غيرهم، ولديهم من الشجاعة ما يجيز لهم أن يتحملوا مسئوليتهم بلا تردد، وبالتالى فمثل هؤلاء، هم النماذج التى تنجح وتساعد الآخرين على النجاح، وتحقق الفوز لها ولمن حولها.

أمثلة اشتمل عليها المقياس

(أ) اعتقد أننى يقظ تمامًا لحقوقى وواجباتى.

(ب) أجد صعوبة فى إنجاز واجباتى فى الوقت المحدد.

إذا اشتركت مع شخص ما فى أداء عمل معين:

(أ) أقوم بمسئولية القيادة و التوجيه.

(ب) لا أهتم وأترك الأمور تحرك نفسها بنفسها.

يصفنى أقاربى وأصدقائى: بأننى:

(أ) شخص مسئول ويعتمد عليه.

(ب) لا أحقق المتطلبات الاجتماعية على النحو المطلوب.

فى العمل عادة ما:

(أ) يطلب منى أداء الأعمال القيادية والتى تتطلب الشرح والتوجيه.

(ب) لا يكلفنى أحد إلا بأداء ما أحب أن أقوم به .

عندما تواجهنى فى عملى أية مشكلة أفضل أن:

(أ) أواجهها وأحاول أن أجد لها الحل.

(ب) أتجاهلها وأتناساها إلى أن تحل نفسها بنفسها.

١٠ ـ المجازفات الإيجابية: الإيجابيون أكثر قدرة على اتخاذ القرارات الإيجابية الفعالة والمجازفة المحسوبة. ولهذا نجدهم مثلا: يفضلون الأعمال التى تتطلب التفكير، واتخاذ القرارات أكثر من الأعمال الروتينية المعتادة، وأصدقاؤهم ومعارفهم متنوعون فى ميولهم وطرقهم فى التفكير والتفاعل، ويفضلون النشاطات الإبداعية التى تتطلب قدرًا مرتفعًا من الأصالة والابتكار، ويطورون مناخًا أسريًا يسمح لمن حولهم بالنمو، والتنوع، وحب الاستطلاع، ويقدرون على اتخاذ قرارات مهمة، وهى التى تصفهم بالإيجابية والفاعلية.

أمثلة اشتمل عليها المقياس

القائد الناجح الفعال يجب أن:

(أ) يجازف باتخاذ القرار المناسب حتى وإن لم تتوافر لديه كل المعلومات.

(ب) لا يتصرف إلا بما هو صحيح حتى يجنبنا المخاطر والمجازفات.

(أ) حياتى تتجه دائما للأفضل بسبب قدرتى على ركوب المخاطر وعدم القبول بالحياة على ما هى عليه.

(ب) أعتقد أن حياتى تتجه دائما للأفضل لأننى أصبحت أقل تمردًا وقبولا بالواقع الحى.

(أ) أحب أن أقضى فترة من حياتى فى بلد أجنبى.

(ب) أحب أن أقضى الفترة القادمة من حياتى فى المكان نفسه الذى أنا فيه الآن.

عندما تواجهنى صعوبة لا يوجد لها حل واضح:

(أ) اتصرف بما هو مناسب حتى وإن لم تكن النتيجة جيدة.

(ب) أنتظر إلى أن أستشير من هم أعرف منى بالأمر.

عندما تواجهنى مشكلة ما أفضل أن:

(أ) أواجهها وأحاول أن أجد لها الحل.

(ب) أتجاهلها وأتناساها إلى أن تحل نفسها بنفسها.

أما من حيث القيمة السيكومترية للمقياس، فقد أجريت عدة دراسات فى مصر والسعودية وسلطنة عمان وإيطاليا استهدفت من التحقق من دلالات الصدق، والثبات، والمعايير للمقياس العربى للتفكير الإيجابى فاتفقت جميعها عن وجود رتباط موجب ودال مع التفاؤل، وسالب ودال مع التشاؤم والاكتئاب والأفكار السلبية، وبشكل عام أشارت النتائج إلى تمتع المقياس العربى للتفكير الإيجابى بخصائص سيكومترية مقبولة وجيدة من حيث الثبات والصدق مما يسمح باستخدامه فى مجال الإرشاد النفسى والتربوى، وفى مجال البحث العلمى عند دراسة هذا المتغير لدى طلبة الجامعة بدرجة عالية من الكفاءة.

تنمية الإيجابية فى التفكير والسلوك

قدمت إلى إحدى الزوجات شاكية من التعرض لنوبات من الذعر والهلع بطريقة منعتها من القيام بالسفر أو الخروج من منزلها دون تخوف شديد وحسابات مستفيضة خوفًا مما ستشعر به من هلع وذعر، وفى كثير من الأحيان كانت تفضل عدم خروجها لقضاء بعض أمورها الشخصية والأسرية الحيوية. عملت هذه السيدة تعمل بوظيفة مرموقة بأحد البنوك الخاصة المعروفة بالقاهرة، ونتيجة لما أصابها من اضطراب هجرت عملها وفضلت أن تبقى فى

منزلها فلم يكن كل ما يأتيها من هذا العمل يتساوى - فيما شكت لى - من معاناتها وشقائها عندما تضطر للخروج من منزلها لقضاء احتياجاتها. وتبين أن إصابتها الأولى بالذعر بدأت عندما تعرض زوجها الذى كان يقوم بعمل مماثل فى البنك نفسه الذى عملت فيه الزوجة. وقد تعرض الزوج كما ذكرت إلى الاتهامات مالية كانت من وجهة نظرها ظالمة أدت لفصله عن العمل بسبب الفساد فى الأجهزة الإدارية العليا للبنك. وقد ذكرت لى أنها من بعدها لم تهنأ بصحتها وانتابتها أكثر من مرة مشاعر الهلع والذعر لمجرد التفكير فى الأمر حتى بعد أن قضى الزوج عقوبته ورجع لأسرته. وقد ارتبط ذلك فى ذهنها ببعض التصورات والتفسيرات الخاطئة لما ألم بها وبزوجها، فقد بينت درجاتها على المقياس العربى للتفكير االسلبى(*) عن ارتفاع واضح فى ثلاثة أبعاد من التفكير السلبى اللاعقلانى، هى:

● المبالغة (مثلا المبالغة فى تصور المخاطر التى أحاقت أو ستحيق بالمريضة وبأسرتها نتيجة لهذا الاتهام)، بخاصة وأن مزيد من المحاكمات كانت لاتزال تجرى فى ذلك الوقت.

● وإدانة الذات لأمور لم تكن من مسئوليتها الخاصة فيما حدث من أحداث أدت إلى سجن زوجها وبأنها السبب فى كل ما لحق به.

● والتعميم حيث عممت قلقها وخوفها على زوجها بكراهية العمل فى البنك الذى عملا فيه معا، فضلا عن النفور وكراهية كل معارفها من الزملاء والأصدقاء ممن عملوا فى البنك نفسه وممن عرفوا أو شكت أنهم عرفوا ما حاق بأسرتها.

(*) المقياس العريس للتفكير السلبى: من وضع المؤلف ويتكون من مجموعة من العبارات يجاب عن كل منها على مقياس يتراوح من الانطباق الكامل على الذات إلى عدم التطابق بالمرة فى وصف الذات. وتتضافر عبارات هذا المقياس فى الكشف عن الأبعاد المرضية فى السلوك والتفكير، والتى تصلح للتعامل مع الحالات الإكلينيكية المستهدفة للعلاج المعرفى. من بينها: - التهويل والمبالغة - قراءة الأفكار أو "خطأ المنجم" - التفسير السلبى للأحداث الحاضرة أو السابقة - التأويل الشخصى للأمور "تلطيخ الذات" - التعميم - الثنائية والتطرف (الكل أو شىء) - المثالية والنزوع المتطرف للكمال - الترصد (الانتباه السلبى الانتقائى) - الإفراط فى الإيجابية والتوقع - التفكير القائم على المنافسة والمقارنة الخارجية - القطعية والجزم.

● وكان من نتيجة هذه الأساليب المعرفية السلبية أنها زادت من عزلتها، وأضعفت من مهاراتها الاجتماعية والنفسية مما أدى للمزيد من الإحساس بالاكتئاب والعزلة المرضية.

بعبارة أخرى، عكست هذه الحالة وأمثالها استجابات مضطربة نتيجة للربط بين وقائع وتفسيرات ليست لها علاقة سببية أكيدة بالذعر الذى بدا ينتابها فى بداية التفكير ومحاولة الخروج من منزلها للذهاب للعمل، ثم بعد ذلك تعرضها إلى ذلك الشعور والإحساس بعدم الأمان بالخروج من المنزل. لقد تغيرت حياتها - بالفعل - نتيجة للاستجابة لوجود رابطة سببية غير واقعية تكونت على المستوى الانفعالى ومستوى المشاعر والأحاسيس بان العالم الخارجى (والعمل فى البنك جزء منه) عالم مهدد مثير للخوف والقلق ولا يتساوى مع الإحساس بأمان المنزل والبقاء بداخله" فهذا أفضل على كل حال من الخروج والتعامل مع مصادر الخوف والتهديد".

مشكلة هذه السيدة كما وصفتها تمثل نموذجًا جيدًا لما تلعبه تصوراتنا ومعتقداتنا الفكرية من تفسير مشاعر الاضطراب النفسى والكدر المزاجى. وهى أيضا تضيف تأكيدًا لما يتبناه علماء النفس والمعالجون النفسيون اليوم بأن وراء كل اضطراب نفسى أو فشل أو إحساس بالشقاء يوجد بناء ونمط من التصورات والمعتقدات يتبناها الفرد عن الحياة وعما تحمله من مخاطر فعلية أو مدركة. ويعتنق المعالج الإيجابى تصورًا مماثلاً من حيث إن النجاح والصحة والإحساس بالسعادة والطمأنينة والأمن تتشكل بسبب أبنية معرفية وأنماط من التصورات والمعتقدات يتبناها الفرد عن الحياة وما يواجهه من مواقف وخبرات فيها. كل الفرق أن المعتقدات ووجهات النظر التى يتبناها السعداء والناجحون فى الحياة تدعوهم إلى النشاط والإنجاز والتفاؤل والصحة والبعد عن المبالغات وتعميم خبرات الفشل على مواقف لاترتبط سببيا بإثارة الاضطراب النفسى والذعر الذى انتاب هذه السيدة كلما اضطرت للخروج من منزلها(*). وسنعرض فيما يلى لأهم الأساليب والفنيات المستخدمة فى تنمية الإيجابية فى السلوك والشخصية.

(*) تطلب التوجه الإجابى فى علاج هذه الحالة إل اتخاذ مسارن أساسن ف العلاج:١. الإنقاص من مستوات الخوف والهلع ف المواقف الخارجة باستخدام فنات منها التوقف الفور والعمد عن التفكر ف النتائج السلبة المتوقعة عندما كا نطلب منها المجازفة بالتعرض والتفاعل بالعالم الخارج وما به من مواقف مثيرة لذعرها،٢ - فضلا عن العمل المباشر نحو زيادة وتطوير الإيجابية فى التفكير والسلوك وفقًا لقواعد وفنيات العلاج الإيجابى التى ترد فى بقية صفحات هذا الجزء.

أساليب العلاج

ركز علم النفس التقليدى بصورة كبيرة على الأمراض والاضطرابات النفسية بما فى ذلك الحالات المرضية أوجوانب الضعف والقصور الإنسانى بدلاً من الاهتمام بدراسة مكامن القوة وجوانب التميز فى الشخصية الإنسانية. فنجد اهتمامًا من قبل المعالجين التقليديين بدراسة كيف يتفاعل الإنسان مع الانفعالات السلبية مثل الاكتئاب أو الغضب أو كيف تعبر المشكلات النفسية والاضطرابات المختلفة عن نفسها فى حياة البشر. ومدخل العلاج النفسى هنا يدور حول كيف يمكن الإصلاح أو التخلص من حالات الضعف أو القصور لدى البشر.

لكن من وجهة النظر الإيجابية نحن لا نكتفى بالقول بأن المريض قد تخلص من قلقه أو حالة الاكتئاب أو أى اضطراب نفسى آخر، لنحكم بأنه أصبح الآن معافى وسليمًا. الصحة النفسية الإيجابية لا تتوقف عند عقبة التخلص من الأعراض المرضية، ولا على مجرد الخلو من المرض والاضطراب. إنها تتطلب التخلص من المرض والتخفف من الأعراض التى تصيب الشخص نتيجة لهذا المرض، وتتطلب أشياء إضافية. تتطلب فضلا عن هذا أن يتسم سلوك المريض بخصائص صحية جديدة يمكن من خلالها أن نحكم عليه بأنه مثلا أصبح إنسانًا فعالاً، وإيجابيًا، وسعيدًا بنفسه، ويبث السعادة فيمن حوله، وله قدر لابأس به من الوعى بصحته الجسمية والنفسية.. وغيرها من الصفات الدالة على الصحة النفسية والاتزان الاجتماعى والوجدانى.

فهدف تحقيق الصحة النفسية والعلاج النفسى الإيجابى يختلف عن هدف العلاج الطبى التقليدى كما يتبناه المعالج النفسى التقليدى أو الطبيب النفسى، من حيث إن المعالج النفسى يوجه هدفه العلاجى لا إلى التحرر من الأعراض المرضية فحسب، بل وأن يساعد مريضه على اكتساب قائمة وخصائص وصفات صحية وشخصية لم تكن موجودة لديه من قبل.

ويعتبر المكون المعرفى أوالتفكير الإيجابى(*)، من الوجهة العلاجية الأداة الأكثر فاعلية فى التعامل مع مشكلات الحياة وتحدياتها ومهامها. والواقع أن علم

(*) Positive thinking.

النفس الإيجابى ذاته انطلقت بذوره الأولى من مفاهيم التفكير الإيجابى أو الواقعى تحديداً، من ضمن حركة العلاج المعرفى وعلم النفس المعرفى. وبهذا المعنى، يقضى المعالج الإيجابى جزءًا طويلا من وقته يعرف ويعلم الآخرين بأن السبل الإيجابية من السلوك والتفكير لا تكون إلا من خلال بعض الأفكار والمعتقدات والتوجهات الشخصية، والسلوكية، التى تتسم بالعقلانية ـ الإيجابية (إبراهيم، ٢٠١١). وإذا ما أردنا المقارنة بين الإيجابيين، والسلبيين بهذا المعنى فإننا سنجد العديد من السبل الإدراكية والمعرفية، التى تميز الجوانب التى تفرق بين الفرد الإيجابى والفرد السلبى بما فيها التفكير والتصرف بإيجابية.

هذا وتنعكس أهمية العلاج الإيجابى فى حياة الفرد والجماعة مقارنة بالعلاج المعرفى هى أن: المعالج الإيجابى يهدف إلى تنشيط الفاعلية الوظيفية والكفاءة والصحة الكلية للإنسان بدلا من التركيز على الاضطرابات وعلاجها كما يفعل المعالج المعرفى . المعالج الإيجابى يوجه فنياته العلاجية بهدف تغيير المنظور ومركز الاهتمام من المرض والإعاقة، إلى الفاعلية وبناء القوة والقدرة والمتعة والصحة والتعافى وتحقيق الذات. وذلك على مختلف المستويات الذهنية والمعرفية والسلوكية والمهنية والاجتماعية العامة.

نقترح من جانبنا تقسيم الفنيات العلاجية التى تطورت فى علم النفس الإيجابى وفقًا لقسمين أساسيين هما:

- الإنقاص من مستويات الاضطراب والمرض بجانبيه الانفعالى ومستوى التفكير السلبى.
- زيادة وتطوير الإيجابية فى التفكير والسلوك.

وسنعرض فيما يلى بعض النماذج الفنية لكل جانب منهما.

الإنقاص من السلبية والاضطراب فى التفكير والسلوك

تحتل الطرق والفنيات التى ابتكرها المعالجون المعرفيون للإنقاص من الأفكار السلبية والخواطر المزعجة مكانة مهمة فى العلاج المعرفى والإيجابى. فهى فى

تصورهم نقطة بداية ضرورية للتخلص من أنواع التفكير السلبى قبل أن نتجه لبناء وغرس التوجهات الإيجابية فى التفكير والسلوك. إن الأمر هنا أشبه بما يفعله المهندس الزراعى حينما يحاول أن ينظف تربته وأن يزيل حشائشها الضارة قبل أن يقوم بزراعة ما يرغب فى زراعته من أشجار ونباتات وزهور. وللتخلص من الأفكار السلبية وإنقاصها تطورت بعض الفنيات التى منها:

التوقف الفورى والعمدى عن التفكير فى الأمور السيئة والخواطر: ويتم ذلك فى مراحل محددة. مثلا: فجأة تطفو على الذهن صورة متخيلة لموقف أو خبرة سابقة مرت وانتهت بخيرها أو بشرها (مثلا: موقف تعرضت فيه لنقد غير عادل، أو وقع عليك جزاء لا مبرر له ولم تستطع أن تدافع عن نفسك وقتها، أو أنك أسأت لأحد الأشخاص). إنك تشعر بالضيق والغضب وتريد أن تتخلص من مشاعر الضيق الناتج عن هذه الخبرة ونسيانها. قم فورًا بالتدخل لإيقاف هذه الصورة الذهنية. بالبدء فى ممارسة هذا الأسلوب فى مكان خاص لا يسمعك فيه أحد، كالمنزل أو مكتبك. استرجع هذه الخبرة فى الذهن بصورة حية متبلورة تماما، وبكل تفاصيلها. عندما تتأكد من استعادتها تماما، ردد هذه العبارة "إننى سأوقف هذه الفكرة الآن" أو" توقف" أو "كفى هذا". قل ذلك بحزم وبصوت مسموع بخاصة فى البدايات الأولى من سيطرة هذه الصورة. ستلاحظ أن الفكرة السلبية ستنزوى لثوان كرد فعل للصوت العالى. كرر هذا الإجراء مرات ومرات بالنسبة إلى عدد آخر من الأفكار السلبية الأخرى، ولمدة ثلاثة أيام متواليات. بعدها أبدأ تدريجيًا فى خفض صوتك، مع المحافظة على قوة النبرة. استمر فى هذه العملية، حتى تصبح عبارة "قف" تتم بشكل هامس ثم بشكل غير مسموع. وفى هذه المرحلة يصبح بإمكانك أن تستخدم هذه الطريقة الأخيرة حتى فى المواقف العامة. انتقل بهدوء، ودون أى اضطراب إلى ما كنت تفكر فيه من قبل، أى قبل أن تطفو هذه الصورة السلبية على الذهن. كرر هذا الأسلوب أكثر عدد ممكن من المرات يوميا حتى تختفى الصورة الذهنية تمامًا وتختفى المشاعر المرتبطة بها من قلق أو توتر.

عقاب الذات: تستخدام أساليب من العقاب الذاتى للعمل على إيقاف الفكرة أو الخاطرة السلبية، مثل: صفع اليد، أو إحاطة معصم اليد بإطار من المطاط (أستك) قوى تشده لنهايته وتتركه ينزلق بشدة على المعصم فى كل مرة تسيطر عليك خلالها الفكرة أو الخاطرة السلبية، أو الذكرى والصورة الذهنية التى تمهد أو تؤذن بحدوث الاضطراب (انظر: إبراهيم، المراجع: ٣، ٢، ٤)

الدحض والتفنيد: عندما نحاول إقناع شخص معين بأن يتخلى عن أفكاره الخاطئة ومعتقداته المشوهة عن النفس وعن الأشياء، وأن يتبنى أفكارًا أكثر فائدة وأقل مدعاة للهزيمة الذاتية، نحقق فى الوقت نفسه فائدة إضافية أخرى. فنحن لا نشجعهم على تبنى أفكار جديدة ونافعة فحسب، بل نساعدهم أيضا على زيادة الفاعلية االشخصية، وتعديل سلوكياتهم الخاطئة، وبالتالى تطوير قدراتهم على التوافق.

مارس أسلوبًا يقوم على دحض وتفنيد الأساليب والتفسيرات اللاعقلانية عن النفس أو العالم. ويهدف الدحض إلى إطلاعنا على الجوانب السلبية أو المبالغ فيها من التفكير. وبالتالى يكون الطريق ممهدًا لاستبدالها بأفكار واقعية ومعقولة تلائم الموقف. وسنلاحظ أن فحص الأفكار الخاطئة قد ينتهى بنا إلى اعتقادات واقعية عاقلة، فضلا عن نتائج انفعالية وسلوكية معدلة ومعقولة. ومن فوائد القيام بعملية دحض وتفنيد الأسلوب الخاطئ من التفكير أنه يطلعنا على الجوانب السلبية أو المبالغ فيها من التفكير. ومن خلال الدحض المستمر للأفكار الخاطئة نكتشف أن طرق تفكيرنا السابقة لم تعد تجدى، وأننا باستمرارنا فى تبنيها لا نكرر اضطراباتنا وأخطاءنا بحذافيرها فحسب، بل إننا نعمل على زيادتها وقوة تأثيرها.

تفكيك الرابطة بين وقائع غير مترابطة بالضرورة: من السهل أن تلاحظ أن قطاعًا كبيرًا من مشكلات الأشخاص فى حالات الاضطراب النفسى أو العقلى، أنه يتولد بسبب الربط بين وقائع غير مترابطة بالضرورة. ففى كثير من حالات الاكتئاب أو القلق لاحظت قيامهم بعملية ربط بين وقائع وظواهر غير مترابطة

وأن يستنتج الشخص من ذلك نتائج سلبية تتعارض مع متطلبات الصحة النفسية والعلاج. ومن ثم تكون النتيجة المنطقية هى دائما إثارة الاضطراب، أو الاستمرار فى تغذية اضطراب سابق وتدعيمه بحيث يتعذر علاجه، أو تتضاءل فرص تعديله.

فهناك من يذكر أن سبب التعاسة لديه هى أنه حساس أو انطوائى بطبيعته. وهناك الشخص الذى يرى أن سبب تعاسته هو نشأته فى ظروف أسرية تعيسة. وهناك من يتملكه الاكتئاب نتيجة للإحساس بالذنب؛ لأن أحد أفراد أسرته قد أصيب بمشكلة جسمية أو نفسية عارضة. وهناك من يتهم نفسه بأنه غير محبوب؛ لأن عملا من أعماله قد تعرض للنقد أو الرفض. وتتشابه مع هذه الأمثلة، ما يبدر من بعض الأفراد الذين يربطون تكاسلهم عن الإنتاج والنشاط بسبب ضيق الوقت، بدلا من أن ينسبون ذلك إلى تعارض نشاطاتهم الاجتماعية مع الأوقات المطلوب تخصيصها للعمل.

بعض فنيات التطوير الإيجابى فى التفكير والسلوك

التفكير الإيجابى هو وسيلتنا المضمونة لتعديل السلوك، لأنه يرسم أمامنا خارطة طريق مضمونه نحو تحقيق مشاعر الرضا وتقبل الذات، وبالتالى الحياة الاجتماعية فى أدق تفاصيلها (انظر: سيليجمان: ٢٢، ٢٣). و أفضل أنماطها، لهذا نجد من المهم أن لا نكتفى بالتعرف على ما يعنيه بالضبط التفكير الإيجابى وعناصره فحسب. نحن نحتاج لخطوة إضافية أكثر فائدة، وتتعلق بمعرفة طرق زيادته وتطويره فى الشخصية والسلوك.

وهناك فى الواقع كثير من الدلائل التى تقدمها لنا الممارسات الإكلينيكية تكشف عن أن تركيز العلاج على جوانب القوة وإعانة الشخص على اكتشاف الجوانب الإيجابية فى تفكيره وسلوكه تحقق له أو لها كثيرًا من النجاح فى العملية العلاجية. والتفكير الإيجابى لحسن الحظ أسلوب ومهارة وفن يمكن لنا أن نتعلمه ونتدرب عليه. ويشهد المتابع للتطور فى فنون العلاج النفسى، يشهد فى الفترة الراهنة نقلة جوهرية فى عمليات العلاج النفسى بالتركيز على تدريب

ودعم جوانب القوة فى الشخصية، وتثبت أن هذا النوع من التدريب لا يقل قيمة عن مجرد التخلص من أعراض المرض والاضطراب لما يسهم به من تغيير وتطوير الشخصية. تتعدد فنيات العلاج المعرفى الإيجابى، ولكن من أهمها:

- استبدال التفكير السلبى بأفكار إيجابية.
- العادات السبع للسلوك الفعال.
- التحاور الإيجابى مع الذات.
- اكتساب الإيجابية والانتقال من التفكير الإيجابى إلى السلوك الإيجابى.
- صناعة التفاؤل.

استبدال التفكير السلبى بأفكار إيجابية

يمكن فى مقابل تلك الأفكار التى تعمل على إثارة الاضطراب النفسى والفوضى وسوء التوافق أن نعمل على استبدالها بمعتقدات تحقق لأصحابها النجاح والرضا. ستلاحظ من جدول ٣ "البدائل الإيجابية للتفكير السلبى – اللاعقلانى" عند مواجهة مواقف فعلية أو متخيلة. أن التعامل مع المفاهيم والاستجابة لمختلف المواقف التى تواجهنا يمكن معالجتها والتفكير فيها إما بطريقة سلبية تسهم فى زيادة نصيب الفرد من السلبية والتعاسة، وفى المقابل ستجد البدائل الإيجابية التى تيسر علينا القيام بسلوك ملائم للصحة النفسية والإيجابية، خذ – على سبيل المثال – المواقف والأحداث التالية، وانظر كيف يفسرها السلبى، وانظر كيف يفسرها الإيجابى:

١ – الحدث أو الموقف: شخص ما يخطئ فى حقك لفظًا أو فعلاً.

- السلبى يفسرها: إنه من الشخصيات الشريرة التى يجب أن تعاقب بشدة.
- نتيجة التفسير السلبى: غضب وقطع التواصل وربما الاعتداء على الشخص.
- الإيجابى يفسرها: إنه يفكر بطريقة غير ملائمة لا تصدر عن شر أوخبث بقدر ما تصدر عن الجهل أو عدم المعرفة.

● نتيجة التفسير الإيجابى: محاولة للتواصل بالشخص المؤذى للتعرف على دوافعه أو دوافعها.

٢ ـ الحدث أو الموقف: تسوء الأمور وتسير بشكل سيئ على غير ما تتوقع.

● السلبى يفسرها: إنها كارثة أو مأساة عندما لا تسير الأشياء كما نتوقع.

● نتيجة التفسير السلبى: قلق وهلع وذعر.

● الإيجابى يفسرها: إنها مشكلة تحتاج للحل وليست كارثة.

● نتيجة التفسير الإيجابى: هدوء ومحاولة للبحث عن سبل لتغيير المواقف حتى تكون مقبولة إلى حد ما.

٣ ـ الحدث أو الموقف: رفض لطلب أو التماس للترقية أو للحصول على علاوة مالية.

● السلبى يفسرها: حظى سيئ فليست لدى ثروة أو واسطة.

● نتيجة التفسير السلبى: التقاعس والخوف من تكرار المحاولة.

● الإيجابى يفسرها: لدى مهارات أخرى ستمكننى من النجاح المرة القادمة.

● نتيجة التفسير الإيجابى: مزيد من محاولة إتقان العمل أو البحث عن هدف جديد يتناسب مع ظروفى الحالية.

٤ ـ الحدث أو الموقف: فشل دراسى أو مهنى.

● السلبى يفسرها: أنا إنسان فاشل.

● نتيجة التفسير السلبى: اكتئاب وانسحاب وتقاعس عن إعادة المحاولة.

● الإيجابى يفسرها: سأنجح المرة القادمة كفانى فشلا وليكن ما حدث قبل ذلك هو فشل للمرة الأخيرة، والفشل مرة لا يعنى الفشل فى كل مرة.

● نتيجة التفسير الإيجابى: البحث النشط لتعلم مهارات أو خبرات جديدة لتحقيق النجاح.

٥ ـ الحدث أو الموقف: عندما تحدث أشياء تثير القلق أو الخوف: مثلا المعاناة من عرض صحى مفاجئ، أو خسارة مادية أو فشل استثمارى أو مرض أحد أفراد الأسرة.

● التفسير السلبى: عندما تحدث أشياء سيئة تُشعر الإنسان بالقلق والتوتر من الأفضل أن يتجنبها ويتناساها فهى ـ حتمًا ـ ستحل نفسها بنفسها.

● نتيجة التفسير السلبى: استخدام أسلوب النعام فى حل المشكلات بالهروب على الرغم من توقع تفاقم المشكلة وتضاعفها.

● التفسير الإيجابى: من المستحيل أن تحل الأمور بالتصرف كما لو لم تكن هناك مشكلة. علينا أن نواجه مصادر الخوف والقلق بصراحة ونحاول أن نقلل من الآثار السيئة التى تترتب عليهما.

● نتيجة التفسير الإيجابى: البحث النشط عن الحلول والتخلى عن أسلوب التجاهل والإنكار بأن هناك مشكلة لا بد من حلها.

٦ ـ الحدث أو الموقف: شخص عزيز أو حبيب يقطع تواصله بك.

السلبى يفسرها: لست إنسانًا محبوبًا من أى أحد أو هناك شخص واحد مصدر للسعادة وانها لكارثه إذا ما أغلق هذا المصدر أو فقد.

جدول٣: بعض البدائل الإيجابية للتفكير السلبى ـ اللاعقلانى عند مواجهة المواقف الخارجية ومشكلات الحياة.

	الأحداث والمواقف	الإدراك والتفسير السلبى	الإدراك الإيجابى البديل
١	ضرر يقع علينا من شخص أو أشخاص آخرين.	بعض الناس يفكرون بطريقة خاطئة وشريرة، أو مجرمة، ولهذا يجب عقابهم بشدة.	بعض الناس يفكر بطريقة غير ملائمة لا تصدر عن شر أوخبث بقدر ما تصدر عن الجهل أو عدم المعرفة.
٢	عندما تسير على غير ما نتوقع.	إنها كارثة أو مأساة عندما لا تسير الأشياء كما نتوقع.	ليست كارثة وعلينا أن نعمل على تغيير المواقف حتى تكون مقبولة.
٣	مصادر السعادة والشقاء.	السعادة والتعاسة نتاج لأشياء خارجية مثل الحظ و والثروة.	السعادة مصدرها شعورنا بالرضا وآرائنا وتصرفاتنا.

تابع جدول٣: بعض البدائل الإيجابية للتفكير السلبى - اللاعقلانى عند مواجهة المواقف الخارجية ومشكلات الحياة.

	الأحداث والمواقف	الإدراك والتفسير السلبى	الإدراك الإيجابى البديل
٤	عندما تحدث أشياء تثير القلق أو الخوف.	عندما تحدث أشياء سيئة تُشعر الإنسان بالقلق والتوتر من الأفضل أن يتجنبها ويتناساها إلى أن تحل نفسها بنفسها.	علينا أن نواجه مصادر الخوف والقلق بصراحة ونحاول أن نقلل من الآثار السيئة التى تترتب عليها.
٥	التعامل مع المصاعب.	من الأحسن تجنب الأمور الصعبة وحلها بأسرع ما يمكن.	الأفضل التأنى فى مواجهة الأمور وإعطائها كل ما تتطلبه من وقت وجهد.
٦	نجاحنا فى الحياة.	تحقيق النجاح يتطلب مساندة شخص آخر أقوى وأعظم خبرة يساعدنا.	نجاحنا مرهون بالاعتماد على النفس وما نملك من مهارات وقدرات.
٧	مواجهة التحديات	الشخص يجب أن يكون قادرًا دائمًا على التحدى والمنافسة والتفوق والذكاء فى كل الجوانب الممكنة.	التعامل مع تحديات الحياة وتحقيق الذات تتطلب أن يكون الإنسان متمكنًا من شئ ما يتقنه ويستمد منه القوة.
٨	مصادر سلوكنا وأساليبنا الخاطئة فى التصرف.	نحن نتصرف ونسلك بطريقة معينة لا يمكن تجنبها بسبب آثار سيئة فى تربيتنا السابقة.	بمقدورنا أن نتجنب الآثار السيئة التى حدثت فى السابق وفقًا لنظرتنا لها وتصرفنا على أساسها.
٩	عندما يعانى المقربون منا من مشكلة أو كارثة.	يجب أن يشعر الإنسان بالتعاسة والحزن عندما يشعر الآخرون بذلك أو عندما تحيق بهم مشكلة أو كارثة.	على الإنسان أن يتمالك نفسه إزاء مصائب الآخرين، فسيكون أكثر فائدة لهم مما لو كان كئيبًا أو مهزومًا مثلهم.
١٠	الشخص المثالى.	المثالى هو من يجمع الآخرون على حبه وتأييده فيما يقول أو يفعل.	المثالية فى احترام الذات، وتقديم الحب بدلا من توقع الحب.

تابع جدول٣: بعض البدائل الإيجابية للتفكير السلبى - اللاعقلانى عند مواجهة المواقف الخارجية ومشكلات الحياة.

	الأحداث والمواقف	الإدراك والتفسير السلبى	الإدراك الإيجابى البديل
١١	مواجهة الأمور التى تتطلب بذل الطاقة والجهد	السعادة البشرية والنجاح أشياء يمكن الوصول إليها دون جهد.	على الإنسان أن يعمل بنفسه على تحقيق أمنياته وخلق مصادر سعادته الخاصة به.
١٢	السعادة والإشباع.	هناك مصدر واحد للسعادة وإنها لكارثه إذا ما أغلق هذا المصدر أو فقد.	يمكن للإنسان أن يحقق سعادته من مصادر مختلفة ومتنوعة.
١٣	التفوق المهنى	النجاح = واسطة و"كوسه" ودعم.	نجاحنا = مهارة وخبرة ونشاط.

● نتيجة التفسير السلبى: الاكتئاب والعزلة والتشاؤم..

● الإيجابى يفسرها: سأجد من يبادلنى حبا بحب، أو يمكن للإنسان أن يحقق سعادته مع أشخاص أو مصادر أخرى، وأن يبدل اهدافه بأهداف أخرى إذا ما تطلب الأمر ذلك.

● نتيجة التفسير الإيجابى: التأكيد على احترام الذات أو تقديم الحب بدلا من توقع الحب والتفاؤل والأمل كبديل لليأس والإحساس بالرفض.

انظر الآن إلى جدول٣ أعلاه للتعرف على المزيد من البدائل الإيجابية عند مواجهة مواقف أو أحداث أخرى قد تكون مصدر للاضطراب إذا ما فسرناها سلبيًا. فى العمود الأول ستجد أمثلة لأحداث ومواقف يمكن أن تثير الاضطراب أو العكس أو يمكن تحييد نتائجها وفقًا لما سنستخدمه من أساليب سلبية أو إيجابية. فى العمود الثانى ستجد التفسير السلبى وفى العمود الثالث البديل الإيجابى من التفسير.

التحول من التفكير الإيجابى إلى السلوك الإيجابى

نماذج وفنيات أخرى

سنعرض فى هذا الجزء بعض فنيات العلاج الإيجابى بخاصة تلك التى تساعد على ترجمة التفكير الإيجابى إلى سلوك وتصرفات إيجابية، وهى:

● تكوين عادات سلوكية فعالة.

● التعرف على الحوارات الذاتية (المونولوج) واستبدالها بحوارات شخصية إيجابية.

● تعلم طرقًا أكثر إيجابية لمعالجة المشكلات الانفعالية والعاطفية.

● صناعة الإيجابية.

● صناعة التفاؤل.

تكوين عادات سلوكية فعالة

استطاع ستيفن كيفوى Steven Covey فى سلسلة شائقة من الكتب التى وضعها لتعليم وتدريب الفعالية الإيجابية فى ميادين العمل والإدارة، استطاع أن يحدد فى كتابه المعروف بعنوان: سبع عادات تشيع بين الناس شديدو الفعالية، وبين أن هذه العادات يمكن اكتسابها والتدريب عليها. وهو من الكتب المرموقة فى علم النفس الإيجابى طبع منه فور نشره ١٩٨٩ ثمانية مليون نسخة وترجم إلى أكثر من ١١ لغة، وطبع أكثر من ١٥ مرة وفى هذا الكتاب نفسه وضع" كوفوى" خططا واقعية لتدريب العاملين فى حقول الإدارة والعمل من خلال مؤسسة"كوفوى" فى الولايات المتحدة الأمريكية. وحسب ما ورد فى كتاب "كوفوى" فإن شخصيتنا الإيجابية هى حصيلة العادات التى اقترحها وفقًا لبرنامجه التدريبى المقترح منه. ولا يتسع هنا المقام لمناقشة وعرض البرامج التى وضعها ولكننا نكتفى هنا بذكر هذه العادات السبع التى تبين له أن اكتسابها ـ خطوة بخطوة ـ يؤدى إلى نمو الشخصية نموًا إيجابيًا منسجمًا مع القانون الطبيعى للنمو، بدءًا من الاستقلال الذاتى عن الغير إلى أن نصل للاعتماد المتبادل وهى مرحلة النضج والفعالية الإيجابية التى هى المطلب الأساسى فى العلاج النفسى الإيجابى. عرف"ستيفن كوفى" العادة على أنها نقطة الالتقاء بين ثلاثة عناصر وصولا للفعالية وهى: "الرغبة"، أى: الدافع لإرادة العمل، و"المعرفة"، أى: ماذا

(*) Covey, Steven (2004, 15th Ed.) The seven habits of highly effective people. New York: Books Intersection.

أحتاج لمعرفته؟ ولماذا؟، و"المهارة"، أى: كيفية الفعل، وبين أن هذه العناصر الثلاثة ممكن تعلمها وكذلك يمكن اكتساب العادات الفعالة بعد تعلمها والتدرب على ممارستها.

والعادات السبع ـ حسب رأى "ستيفن كوفى" ـ تمثل المبادئ الأساسية للنجاح وهى مترابطه مع بعض... فالعادات الثلاثة الأولى تتعلق بالشخصة والثلاثة التى تليها هى التعبير الخارجى عن لشخصية والوصول إلى تحقيق المنفعة المشتركة... والعادة الأخيرة تساعد على مواصلة التقدم والنمو...

ويمكن تلخيص هذه العادات فيما يلى:

العادة الأولى: الاستباقية(*) أى المبادرة بالتحرك والنشاط وفقًا لقيم خاصة منتقاة ولا تخضع للظروف العشوائية. بدون هذه العادة قد ينتهى الفرد إلى أن يجد نفسه متروكًا لرحمة الظروف واستغلال الغير لطاقاته. ويضع الفرد نفسه فى زاوية ضيقة تقلل من اختياراته الفعالة فى الحياة إذا عجز عن تحديد الهدف والانتظار فى مواجهة الطوارئ والانتظار السلبى لأن يكون محققًا لرغبات الآخرين. بعبارة أخرى: أفعل أو ستكون هدفًا لفعل الآخرين بك.

العادة الثانية: ابدأ وعينيك على النهاية أبدأ ولديك فهم واضح وإدراك جيد لما أنت ماض إليه، فعليك أن تعرف أين أنت الآن؟ وتتحقق من أن خطواتك ماضية فى الطريق الصحيح. وإذا كنا جميعا نلعب أدوارًا متعددة فى حياتنا فإن تحديد الهدف أو الرسالة يجعلنا أكثر دقة فى معرفة الطريق الصحيح .

العادة الثالثة: ابدأ بالأهم ثم المهمبمعنى أن تتولى بتنظيم أمورك وأفعالك على أساس الأولويات الأهم ثم المهم. يجب التركيز على الأمور المهمة وغير العاجلة لمنع الأزمات وليس لمواجهتها.... ومفتاح الطريق لتحقيق هذا الهدف هو تفويض السلطة والاختصاصات.

العادة الرابعة: فكر فيما فيه فائدة ومصلحة مشتركة للطرفين أو: مبدأ الفوز للجميع، فليس ضروريًا أن يخسر واحد ليكسب الآخر، هناك ما يكفى الجميع،

(*) Be Proactive.

ولا داعى لاختطاف اللقمة من أفواه الآخرين.

العادة الخامسة: حاول أن تفهم أولا ليسهل فهمك إذا أردت أن تتواصل وتتفاعل حقًا مع من تعاملهم، يجب أن تحاول فهمهم قبل أن تطلب منهم أن يفهموك.

العادة السادسة: التكاتف مع الآخرين ومبدأ التعاون الخلاق كن منتميًا إلى الجماعة عاملاً من أجلها.... الكل أكبر من مجموع أجزاءه، لأن نتاج العمل من أجل المجموع سيكون أكبر وأكثر من مجرد حاصل جمع نتاج أعضائه.

العادة السابعة: كن مستعدًا للتحدى (شحذ المنشار) وتجديد نشاطك. فلكى تكون فعالاً يجب أن تجدد قوتك وقدراتك على صعيد" الجسم، والعقل، والروح، والعاطفة" وهذا يتطلب تنمية الجسم بالرياضة، وتنمية العقل بالمعرفة والثقافة، وتنمية الروح بالإيمان والقيم، وتنمية العواطف بالتواصل مع المجتمع وصولاً إلى المنفعة المتبادلة وشحذًا لملكاتك.

منهج"كوفوى" يحتاج لإمعان النظر ووضعه موضع التجريب الفردى بسبب ما يرسمه من منهج متكامل لتحقيق الفعالية الشخصية.

ثانيا: التعرف على الحوارات الذاتية واستبدالها بحوارات شخصية إيجابية

التعرف على الحوارات أو الخواطر الآلية التى تدور بالذهن عند تذكر الموقف أو الخبرة الصادمة، بما فى ذلك التفسيرات السلبية التى ينسبها الشخص للموقف، ويتبناها سلوكيا لنفسه عند تذكره للموقف. لنفرض ـ مثلا ـ أن الموقف الذى أثار الاضطراب تعلق بالتعرض لأذى خارجى (مثلا: نميمة أو انتقاد غير موضوعى). فإن التفسيرات السلبية هى التى تثير الإزعاج، وتضخم من مشاعر الإحباط، واليأس، وتمهد السبيل لكثير من التصرفات غير الملائمة للموقف بما فيها الغضب الشديد، والعدوان، والعزلة، والاكتئاب، والقلق، ومن الملاحظ ـ مثلا ـ فى حالات الاكتئاب أن التفسيرات التى يرددها المريض قد تكون من النوع الذى يؤدى إلى تطور هذا العرض (بحوارات مثل: أنا إنسان تافه وفاشل بالفعل، أنا

السبب، أنا إنسان سيئ التصرف، إنسان مثلى غير جدير بالحياة النظيفة). وبعض هذه الحوارات تسهم فى إثارة القلق من المستقبل (لن أستطيع أن أعود إلى حالتى السابقة، المصائب تنذر بمصائب أكثر) وبعضها يثير الشك فى الآخرين، ويمهد الطريق للمقاطعة وعدم التواصل بالآخرين والعزلة (لا أجد من يحمينى، كل الناس ذئاب)، وهكذا.

صناعة الإيجابية والانتقال من التفكير الإيجابى إلى السلوك الإيجابى:

يقول علماء النفس، عندما تطلق لخيالك العنان كى ترسم الصورة التى تحب أن تكون حياتك على غرارها، فإنك بذلك تستخدم قوة التفكير الإيجابى فى تغيير واقع منفر لا ترغب فيه ولا تريده لك شخصيًا أو لا تريده للآخرين. هناك عدة طرق لمساعدتك على تحويل خيالك وتصوراتك الإيجابية التى ساعدك معالجك النفسى على الوعى بها إلى واقع وفقًا للخطة التالية التى تطورت من خلال الممارسة المهنية لكاتب هه الصفحات:

● إعداد قائمة بالتمنيات: تتمثل أول خطوة على هذا الطريق فى أن تحدد حلمك أى آمالك وأهدافك البعيدة والقريبة، وكل ما تتمنى تحقيقه فى القريب أو المستقبل البعيد. استخدم كل قواك الذهنية فى التركيز على هذه الخطوة ولا تدع أى مشتتات تثنيك عن العمل على استكمال قائمة التمنى هذه.

● قائمة الأهداف القريبة والبعيدة: حدد من بين قائمة التمنيات هدفًا قريبًا تود تحقيقه فى الساعات أو الأيام القليلة القادمة، وهدفًا بعيدًا، تود إنجازه خلال هذا العام. ليكن ـ مثلا ـ هدفك خلال هذا العام أن تحصل على عمل أو تنهى مشروعًا بدأته، وبهذا يكون هدفك القريب ـ مثلا ـ أن تقم بإعداد سيرة ذاتية بمهاراتك وخبراتك، أو بالاتصال بأحد المؤسسات أو شراء الجريدة اليومية للبحث عن الوظائف المناسبة، أو القيام بزيارة لإحدى المؤسسات أو الأشخاص الذين تعتقد بأهميتهم فى تحقيق هذا الهدف.

● قائمة المثبطات المعرفية: حدد الذى يثنيك ويثبط همتك لتحقيق هذا الهدف بما فى ذلك: ليست لدى مهارات أبرزها، أو أننى فعلت ذلك ولكننى

فشلت، فشلت فى السابق وسأفشل فى أى مشروع مماثل، أو ليست لدى واسطة أو إنسان قوى يسندنى، أو مهما اشتغلت فكل ما سيأتينى بضعة جنيهات لا تسد الرمق. استعن بمقياس الأفكار السلبية اللاعقلانية المعرب كأداة تطلعك بشكل أسرع وأدق على أنماطك فى التفكير السلبى.

● التغيير الإيجابى وتطوير الفعالية الشخصية: حاول بعد ذلك أن تستخدم شتى الفنيات التى تعلمتها من قبل للتخلص من هذه العبارات أو الحوارات السلبية التى تطفو على الذهن على نحو آلى عندما نواجه عقبة ما.

● استبدل أفكارك السلبية بأفكار إيجابية مثل، سعة الصدر وعذر الناس لو أخطئوا/ استخدام لغة هادئة فى التعبير عن مشاعرك/ التفاؤل/ البحث عن حلول أخرى أكثر واقعية/ تعديل الأهداف/ الاعتقاد فى أهمية الحوار والتفاوض. وستجد فى نهاية هذا الفصل المزيد من هذه الأفكار الإيجابية من خلال الإجابة على مقياس الأفكار الإيجابية المعرب. لا تنس أيضا أن تتصرف وتسلك وفق ما تعلمته من أفكار إيجابية ووفق ما كشفه لك هذا المقياس من جوانب القوة فيك لتدعمها وأن تنميها بصورة أفضل وأن تسلك بمقتضاها حتى وإن بدا سلوكك مصطنعًا وغريبًا فى بادئ الأمر. فمجرد اعتناق أفكار عقلانية أو إيجابية وحدهما فقط لن يكفى لتحويلها إلى قوة إيجابية نشطة عند تعاملاتك مع تحديات الحياة ومختلف المواقف الاجتماعية الأخرى. إن الحياة التى نحياها والطريقة التى نعيشها بها، وما يأتينا من ردور أفعال الآخرين ومدى تعاونهم معنا أو تأييدهم لنا ما هو إلا انعكاس لسلوكنا فى الحياة وفى كيفية تعاملنا معها. لذلك فبإمكاننا أن نتعلم بعض الأساليب التى من شانها أن تغير الطريقة التى نتعامل بها مع أنفسنا وبالتالى كيفية تناولها للحياة عندما نواجه المشكلات أو الفشل.

تعلم طرقًا أكثر إيجابية لمعالجة المشكلات الانفعالية والعاطفية

وثمة خاصية أخرى من خصائص الاتجاهات الجديدة فى علاج طرق التفكير والمعتقدات، وهى تعليم الأشخاص طرقًا جديدة لحل مشكلاتهم العاطفية والسلوكية. فمن الممكن تصور أن الاضطراب يحدث عندما نفشل فى مقابلة

تحديات التوافق فى المجتمع، وفى استخدام إمكاناتنا، أو نقاط قوتنا بفاعلية. ولهذا تتطلب الصحة أن نتعلم طرقا أكثر إيجابية لمواجهة مشكلاتنا العاطفية والنفسية، وفق نقاط منها:

- تنمية القدرة على حل المشكلات بدلا من الهروب منها أو تأجيلها، أو تجنب المواقف المرتبطة بإثارتها.
- معرفة أن هناك طرقًا بديلة للوصول للأهداف، غير الطرق المرضية التى ألفناها.
- صقل قدرتنا على فهم دوافع الآخرين الذين يدخلون معنا فى تفاعلات أو علاقات اجتماعية.
- أن ندرك أن كل موقف يختلف عن غيره من المواقف.

ولهذا من الضرورى أن نساعد الشخص على توظيف أفكاره الإيجابية الجديدة حالما تحدث، وذلك بدفعه وبتكليفه بواجبات خارجية(*) يسعى الشخص من خلالها إلى ممارسة أفكاره المنطقية عمدًا وفى مواقف حية، أى أن يتصرف بطريقة تعكس اتجاهه الجديد، وتغيراته الذهنية الإيجابية. لهذا فقد نوصى المريض أن يقوم بتأمل ما يقوله لنفسه فى موقف معين.

وتبين الممارسة العلاجية أن محاولة خلق مواقف حية، وتطويع أنفسنا على الدخول فيها باتجاهات عقلية مختلفة يساعد على التغير فى الجوانب الفكرية، والسلوكية، والوجدانية على السواء. فالشخص الذى يعزف عن الاتصال الاجتماعى، بسبب الخجل مثلا يمكن أن يشجع على تعمد الدخول فى مواقف حية كانت تسبب له الارتباك من قبل: مثل مبادرة النقد المتعمد لرأى زميل أو رئيس، أو تعمد رفع الصوت فى المناقشات، أو الدخول إلى الأماكن العامة، كمحلات البيع، مع المجادلة مع الباعة عن الثمن ونوع البضاعة. إلخ.

(*) home work.

استبدال الأفكار المثيرة للاضطراب بأفكار هادئة

تذكر دائما أن الإنسان لا يمكن أن يكون منطقيا فى أفكاره ولا منطقيًا فى الوقت نفسه، ولا يتبنى فكرة سلبية وإيجابية فى الوقت نفسه، كما لا يمكن أن تكون أفكاره عن الآخرين هادئة وغاضبة فى نفس الآن. ولهذا يعتبر أسلوب استبدال الفكرة السلبية بأخرى مناقضة وتثير الهدوء من الطرق التى ننصح بها للتقليل من الأفكار السلبية التى نحملها عن أنفسنا وعن العالم. مثال ذلك يتعلق بحالة شاب متدين، كان يشعر بالذنب إذا ما قضى وقتًا طيبًا، أو إذا كان من حوله جو يتسم بالمرح. لقد كان يظن أن هذا المناخ لا يتناسب مع معتقداته عن المرح الذى كان يراه علامة على الضياع والتفاهة، وقد أخذ سلوكه فى التحسن، وأخذت مشاعر الذنب عنده تتناقص بشكل واضح عندما استبدل هذا التصور للمرح بتصور آخر بأن الوقت الطيب لا يعنى الضرر بالآخرين، كما أن المتعة لا تعنى إيقاع ضرر بأحد حتى ولو بدا أن أصدقاءه لا يتفقون معه فى هذا الرأى. وتعتبر هذه الطريقة طريقة فعالة فى إحداث التعديل السلوكى المطلوب، فضلا عن أنها تحسن من استخدام البيئة بإدراكها ـ فى مواقف التهديد ـ على أنها أقل مدعاة للاضطراب والتخوف.

صناعة التفاؤل

لأن التفاؤل يعتبر من أهم العناصر المكونة للتفكير الإيجابى فهناك أيضا ما يجب أن تتعلمه لاكتساب مهارة التفاؤل وصقل قدرتنا على ممارستها. ومن الجوانب المطلوبة لتحقيق ذلك كما يراها "سيليجمان" (المراجع: ٢٢، ٢٣، ١٢٣).

- التخلى عن التفسيرات السلبية المتشائمة واستبدالها بتعلم دروس فى اكتساب التفاؤل حتى فى أسوأ الظروف.

- فضلا عن تعديل وجهات نظرك لما تعتبره فشل وسقوط على أنه خبرات ودروس تضاف لصقل هذه المهارة.

- ومن الجوانب المطلوب ممارستها لاكتساب التفاؤل، يطالبنا "سيليجمان" بأن نحدد دائما أهدافًا منطقية ومعقوله وقابلة للتنفيذ والتحقق. إنك إذا قمت

بتحديد أهداف صعبة جدًا فإن احتمالات الفشل كبيرة وهذا يؤثر سلبًا فى إدراكك للأمور. أما أن تكون أهدافنا واقعية وممكنة، فهى تكافى نفسها بنفسها، فكلما حققت هدفًا زاد ذلك من ثقتك بإمكاناتك وقدرات ومن ثم تفاؤلك.

و لا يعنى أنه يجب أن تكون أهدافنا واقعية وممكنة أن لا تتطلع لإنجازات كبيرة؛ لأن"سيليجمان" يذكرنا بأن تقوم بتقسيم أهدافك إلى أهداف أصغر يمكن إنجازها وفقًا لمراحل متلاحقة بما يجعلها قابلة للتحقق، والإنجاز.

مراجع ومصادر عامة وحديثة فى العلاج المعرفى والإيجابى

١ ـ الأنصارى، بدر محمد؛ وكاظم، على مهدى (٢٠٠٨). قياس التفاؤل والتشاؤم لدى طلبة الجامعة: دراسة ثقافية مقارنة بين الكويتيين والعُمانيين. **مجلة العلوم التربوية والنفسية**، جامعة البحرين. ٩ (٤)، ١٠٧ ـ ١٣١.

٢ ـ إبراهيم، عبد الستار (٢٠١١). **عين العقل: دليل المعالج المعرفى لتنمية التفكير العقلانى ـ الإيجابى** (الطبعة الثانية المجددة). القاهرة: مكتبة الأنجلو.

٣ ـ إبراهيم، عبد الستار (٢٠٠٨). **عين العقل: دليل المعالج المعرفى لتنمية التفكير العقلانى ـ الإيجابى**. القاهرة: دار الكاتب.

٤ ـ إبراهيم، عبد الستار (٢٠١٠) **السعادة الشخصية فى عالم مشحون بالضغوط والتوتر** (الطبعة الثانية المجددة). سلسلة كتاب الرياض ـ دار اليمامة.

٥ ـ إبراهيم، عبد الستار (أ٢٠٠٢) **الحكمة الضائعة: الإبداع والاضطراب النفسى والمجتمع**. الكويت: المجلس الوطنى للثقافة والفنون والآداب ـ **سلسلة** عالم المعرفة ـ مارس.

٦ ـ إبراهيم، عبد الستار (ب ٢٠٠٢). الإبداع: **قضاياه وتطبيقاته**. **القاهرة**: مكتبة الأنجلو المصرية (الطبعة الرابعة والمنقحة).

٧ ـ إبراهيم، عبد الستار (ج٢٠٠٢). **القلق: قيود من الوهم**. القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية (الطبعة الرابعة المجددة).

٨ ـ إبراهيم، عبد الستار (٢٠٠٠). **العلاج النفسى السلوكى المعرفى الحديث: أساليبه ونماذج من تطبيقاته**. القاهرة: دار الفجر للنشر والتوزيع (الطبعة الخامسة).

٩ ـ إبراهيم، عبد الستار (١٩٩٨). الاكتئاب **اضطراب العصر الحديث: فهمه وعلاجه**. الكويت: عالم المعرفة. المجلس الوطنى للثقافة والفنون والآداب ـ الكويت.

١٠ ـ إبراهيم، عبد الستار (١٩٧٨)، **أصالة التفكير: دراسات وبحوث نفسية**، القاهرة: الأنجلو المصرية.

١١ ـ إبراهيم، عبد الستار(١٩٧٧) السلوك الإنسانى بين النظرة العلمية والنظرة الدارجة، فى كتاب: **السلوك الإنسانى: نظرة علمية**، تأليف: عبد الستار إبراهيم، ومحمد فرغلى فراج وسلوى الملا، القاهرة: دار الكتب الجامعية.

١٢ ـ إبراهيم، عبد الستار (١٩٧٧). المحافظة التسلطية:تقرير عن واقع البحوث التى أنجزت من ١٩٦٨: ١٩٧٣. **حوليات كلية الآداب** ـ جامعة القاهرة، مجلد ٣١.

١٣ ـ إبراهيم، عبد الستار (١٩٧٣). بعض متعلقات الجمود العقائدى. **مجلة الصحة النفسية**، كلية الطب ـ جامعة القاهرة، مجلد ١٣ ـ عدد ٧ العدد السنوى.

١٤ ـ إبراهيم، عبد الستار، وعسكر، عبدالله (٢٠٠٥). **علم النفس الإكلينيكى: مناهج التشخيص والعلاج النفسى**. القاهرة: الأنجلو (الطبعة الرابعة).

١٥ ـ إبراهيم، عبد الستار، الدخيل، عبدالعزيز، إبراهيم، رضوى (١٩٩٩). **العلاج السلوكى المعرفى للطفل والمراهق**. الرياض: دار العلوم للنشر والتوزيع.

١٦ ـ أرجايل، ميشيل (١٩٧٨). **علم النفس ومشكلات الحياه الاجتماعية**، ترجمة: عبد الستار إبراهيم، الكويت: دار القلم.

١٧ ـ أيزنك، هانز (١٩٦٩). **الحقيقة والوهم فى علم النفس**، ترجمة: قدرى حفنى، ورؤوف نظمى، القاهرة: دار المعارف.

١٨ ـ تركى، مصطفى (١٩٧٤) **الرعاية الوالدية وعلاقتها بشخصية الأبناء:** دراسة تجريبية على طلبة جامعة الكويت، القاهرة: دار النهضة.

١٩ ـ حجازى، عزت (١٩٧٨). **الشباب العربى والمشكلات التى يواجهها**، الكويت: عالم المعرفة.

٢٠ ـ زكريا، فؤاد (١٩٧٨). **التفكير العلمى**، الكويت: عالم المعرفة..

٢١ ـ زياد، بركات غانم (٢٠٠٥). التفكير الإيجابى والسلبى لدى طلبة الجامعة: دراسة مقارنة فى ضوء بعض المتغيرات الديمغرافية والتربوية. **مجلة دراسات عربية فى علم النفس**، ٣ (٨٥)، ٤ ـ ١٣٨.

٢٢ ـ سيليجمان، مارتن (٢٠٠٥). ترجمة: صفاء الأعسر وآخرون. **السعادة الحقيقية. القاهرة**: المركز القومى للترجمة.

٢٣ ـ سيليجمان، مارتن (٢٠٠٣). **تعلم التفاؤل: كيف تستطيع أن تغير طريقة تفكيرك وحياتك**. الترجمة العربية. الدمام: المملكة العربية السعودية: مكتبة جرير.

٢٤ ـ شيلدون كاشدان (١٩٧٧). **علم نفسى الشواذ**، ترجمة: أحمد عبد العزيز سلامة ومراجعة: محمد عثمان نجاتى، الكويت دار القلم.

٢٥ ـ صالح، عبد المحسن (١٩٧٩). **الإنسان الحائر بين العلم والخرافة**، الكويت: عالم المعرفة، مارس.

٢٦ ـ عبد المريد قاسم (٢٠٠٩). أبعاد التفكير الإيجابى فى مصر: دراسة عاملية. **دراسات نفسية**، القاهرة، ١٩ (٤)، ٦٩١ ـ ٧٢٣.

٢٧ ـ علاء الدين كفافى وسهير سالم ومايسة أحمد النيال (٢٠٠٨) **فى سيكولوجية السعادة**، الإسكندرية: دار المعرفة الجامعية.

٢٨ ـ فرويد، سيجمند، **معالم التحليل النفسى**، ترجمة: محمد عثمان نجاتى القاهرة: دار النهضة العربية.

٢٩ ـ ليندزى، هول (١٩٧٨)، **نظريات الشخصية**. ترجمة: فرج أحمد، قدرى حنفى، لطفى فطيم. الكويت: دار الشايع للنشر.

٣٠ ـ منصور، طلعت (١٩٧٧) **التعلم الذاتى** ـ القاهرة الأنجلو.

31 - Alansari, B.M., & Kazem, A.M. (2008). Optimism and Pessimism in Kuwaiti and Omani Undergraduates. Social Behavior and Personality, New Zealand, 36 (4), 503-518.

32 - Adler, A. (1927). The practice and theory of individual psychology New York: Harcourt.

33 - Allport, G. W. (1954). The nature of prejudice. Cambridge, Mass: Addison-Wesley.

34 - American Psychiatric Association (1994). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 4th ed. APA: Washington, DC.

35 - Argyle, M. & Robinson, P. Two origins of achievement motivation J. of Social Psychology, 1962, 1 107-120.

36 - Aspinwall, L.G. & Staudinger, U. M. (2002). A psychology of human strengths: Fundamental questions and future directions for a positive psychology. Washington, D.C.: American Psychological Association.

37 - Bandura, A. (1969):Principles of behavior modification. New York: Holt.

38 - Beck, A.T. (1999). Prisoners of hate: The cognitive basis of Anger, ostility, and violence. New York, N.Y.: Perennial/Harper Collins.

39 - Beck, A. T. (1974). Coping with depression. Institute for ional living,

40 - Beck, A. T. (1967). Depression: Causes and treatment. Philadelphia: University of Pennsylvania Press.

41- Beech, H. R. (1972). Changing Man's behavior. London:Pelican Books.

42 - Bronfenbrcnner, U. (1961): The mirror image in Soviet-American relations: A social Psychoolgist approach. j. of Social Issues., 17, No.3pp.45.56.

43 - Charles, R. & David, H. (2004). Feeling good about ourselves. Journal of Cross-Cultural Psychology, 35. 5, pp. 571—585.

44 - Clark, D.F. (1963): The Treatment of Phobia by systematic desensitization, Behavioral research and therapy, 1,63

45 - Claudio, B., Concetta, C., Sandor, R.,Vittorio, C. (1997). Measuring emotional instability. Prosocial behavior and aggression in preadolescents: Across National study. Personality and Individual Differences, 23, 4, 691-703.

46 - Costanda, V. J. & Simonton, D. K. (2002). Creativity and Genius. In C. M. Keyes & J. Haidt, (Eds.). Flourishing: Positive Psychology and Life well-Lived. APA:Washington, D.C.

47 - Csikszentmihalyi, M. (1990). Flow: The Psychology of Optimal Experience. HarperCollins Publishers.

48 - Covey, Steven (2004, 15th Ed.). The seven habits of highly effective people. New York: Basic Books

49 - Davison, G. (1966): The influence of systematic desensitization, and graded exposure to imaginal stimuli in the modification of phobic behavior. J. of Abnormal Psychology.

50 - Dollard J. & Miller. (1950). Personality and Psycho-therapy. New York: McGraw.

51 - Deurzen, E. V. (2007). Psychotherapy and the Quest for Happiness, London: Sage Publications.

52- Duncan, E., & Gavazzi, I.(2004). Positive emotional experiences in Scottish and Italian young adults: A diary study, Journal of Happiness Studies, 3, 37 - 69.

53 - Ellis, A. (1977). Rational-emotive therapy. The Counseling Psychologist, 7, 1, 2, 27.

54 - Ellis, A. (1969) Cognitive approach to behavior therapy. International Journal of Psychiatry. 8, 896-899.

55 - Ellis, A. (1962). Reason and emotion in psychotherapy. New York: Lyle Stuart,

56 - Ellis, A. & Harper, R.A. (1975): A new guide to rational living. Englewood Cliffs,New Jersey:Prentice Hall.

57 - Evertvan,V., & Janssn, O. (2002). Better than" Performance Motives as Roots of Satisfaction Across more and less developed countries. Journal of Cross-Cultural Psychology. 33,. 4, 380-397.

58 - Eysenck, J. J. (1978). You and neurosis, Glasgow: William Collins, pp, 100-111.

59 - Eysenck, H. (1966): Behavior Therapy and the neurosis. London: Pergamon Press.

60 - Eysenck, H.J. & Rachman, S. (1965): The causes and cures of neurosis: London: Routledge & Kegan Paul.

61 - Frank D. (1961) Persuasion and healing. Baltimore: John Hopkins Press.

62 - Friedberg J. (August, 1978). Electroshock therapy: Let us stop blasting the brain. Psychology Today

63 - Gabil.,L & Haidt, J. (2005). What (and Why) Positive Psychology? Review of General Psychology, 9, 2, 103–110.

64 - Gilbert, D. (2006). Stumbling on Happiness. New York, N.Y.: Knopf.

65 - Galati,D Manzano,M, Sotgiu. I. (2006)The subjective components of happiness and their attainment: a cross-cultural comparison between Italy and Cuba. Journal of Cross-Cultural Psychology, 45,. 4, 601-630.

66 - Golldfried, M.R & Davlison, G.C Clinical behavior therapy New York : John Wiley , 1976.

67 - Haidt, J. (2005). The Happiness Hypothesis. New York, N.Y.: Basic Books.

68 - Hagen R. (1975): Behavioral therapies and the treatment of schiz-phrenics. Schizophrenia Bulletin, No.13. pp.70-96.

69 - Ibrahim, A-S. (1979). Extroversion and neuroticism across cultures. Psychological Reports, 44,709-803..

70 - Ibrahim, A- S. (1977): Dogmatism and related personality factors among Egyptian University students. J. of Psychology, 95, 213-215.

71 - Ibrahim, A-S. (1976): Sex differences, originality and personality response styles. Psychological Reports. 39, 859-868.

72 - Ibrahim, A-S, & Kazem, A.M. (March 2009). Principles, tools of assessment, and cognitive-positive therapy techniques of managing stress and related emotional difficulties: Data from two Arabian countries. Paper presented at the 67th

Annual Scientific Meeting of the American Psychosomatic Society, March 4-7, Marriott Downtown, Chicago, Ill., USA.

73 - Ibrahim, A-S., & Ibrahim, R. (2003). Anxiety, depression, hostility, and general psychopathology: An Arabian study. In A. J.., Giuliano, K. N., Anchor, & J. B. Barth (Eds.). Advances in Medical Psychotherapy & Psychodiagnosis. Dubuque, Iowa: Kendall-Hunt Publishing Company, pp. 173-184.

74 - Ibrahim, A-S., & Ibrahim, R. (1999-2000). Cultural considerations in mental health needs and practicing psycho-behavioral therapies: An Arab experience. In, P. Lichtenberg, B.C., Christensen, J. T. Barth, & K.N. Anchor (Eds.). Advances in Medical Psychotherapy & Psychodiagnosis. Dubuque, Iowa: Kendall-Hunt Publishing Company, pp. 139-151.

75 - Ibrahim, A-S., & Ibrahim, R. M. (1996). The foundations of human behavior in health and illness. New York, N.Y.: Heartstone Book, Carlton Press.

76 - Ingram, R.E., Kendall, P.C., Siegle, G., Guarino, J., & MaLaughlin, S.C. (1995). Psychometric properties of the positive automatic thoughts questionnaire. Psychological Assessment, 7 (4), 495-507.

77 - Jackson, E. (1964): Anxiety and tension control. Philadelphia: Lippincott.

78 - Jacobson, E (1939): Variation of Blood-Pressure with Skeletal Muscle and relaxation. Annual Internal Medicine.12,1194

79 - Jacobson, E. (1929). Progressive relaxaion. Chicago: U. of Chicago Press.

80 - Jeffrey J (2004) The History of Positive Psychology: Truth Be Told. NYS Psychologist May/June,18-20.

81 - Jones, M.C. (1925): A laboratory study of fear: The case of Peter. Pedagogical Seminar, Vol.31, pp.308-315.

82 - Jones, M. C. (1924): The elimination of children fears. J. of Experimental Psychology, Vol.31, pp.308-315.

83 - Jung, J.Y., Oh, Y.H., Oh, K.S., Suh, D.W., Shin, Y.C., & Kim, H.J. (2007). Positive-Thinking and Life Satisfaction amongst Koreans. Yonsei Medical Journal, 48 (3), 371-378.

84 - HYPERLINK "http://en.wikipedia.org/wiki/Daniel_Kahneman" \o "Daniel Kahneman" Kahneman, l. Diener, E., Schwarz. Norbert (2003). Well-Being: The Foundations of Hedonic Psychology. Russell Sage Foundation Publications.

85 - Kanfer,F.H. (1975) Self-management techniques. In F.H. Kanfer and A.D.Goldiamond (eds.) Helping People Change. New York: Pergamon.

86 - Kazdin, A.E. (1990). Evaluation of the Automatic Thoughts Questionnaire: Negative cognitive processes and depression among children. Psychological Assessment: A Journal of Consulting and Clinical Psychology, 2 (1), 73-79.

87 - Kelly, G.A. (1955) The Psychology of Personal constructs. New York: Norton.

88 - Keyes, C. M. & Haidt, J.,Eds. (2002). Flourishing:: Positive Psychology and Life well-Lived. Washington, D.C.: American Psychological Asociation.

89 - Kiesler, D. J. (1966). Some myths of psychotherapy research and the search for a paradigm. Psychological Bulletin, 65- 110-136.

90 - Kim, H.J., Oh, Y.H., Oh, G.S., Suh, D.W., Shin, Y.C., & Jung, J.Y. (2007). Development and validation study of the positive thinking scale. The Korean Journal Health. 48 (3), 371-378.

91 - Krasner,L.(1962) The therapist as a social reinforcement. machine . In HP H. Strupp and L. Luborsky (eds.) , Research in Psychotherapy. Vol. 2 Washington, D.C. APA, 1962.

92 - Lazarus, A (1971): Behavior therapy and beyond. New York: Mc Graw- Hill.

93 - Lazarus, A. (1972):Clinical behavior therapy. New York:Brunner Mazel.

94 - Lomont, J. F. & Edwards, J.E. (1967): The role of relaxation in systematic desensitization. Behavior Research and Therapy, 5, 11:25.

95 - Lopez, S. J. & Snyder, C. R. (2003). Positive psychological assessment: A handbook of models and measures. Washington, D.C.: American Psychological Association.

96 - Lopez, S. J., Magyar-Moe,J. L., Peterson, S. E., Ryder, J., Krieshok, T. S., Lichtenberg, J. W., Fry, N. A. (2006). Counseling psychology's focus on positive aspects of human functioning. The Counseling Psychologist, Vol. 34, No 2, pp 205-227.

97 - Low. A.A. (1952) Mental health through will-training Boston: T Christopher Publishing House.

98 - Maddi, S. (1969). The existential neurosis, In David Rosen-Hahn and Perry London (eds.)Theory and research in abnormal behavior. New York: Holt, Rinehart and Winston, (pp.222-239).

99 - Mahoney, M. J. (1974): Cognition and behavior modification. Cambridge, Mass.: Ballinger.

100 - Masserman, J. H. (1975): Behavior and neurosis. Chicago:University Chicago Press.

101 - Meichenbaum, D. (1973). Cognitive factors in behavior modi-fication: Modifying what clients say to themselves. In Cyril Franks and Gerald Wilson (eds.) Annual Review of Behavior Therapy.New York: Bruner/Mazel.

102 - Meyer, V. & Chesser, E. (1971). Behavior therapy in Clinical Psychiatry. London: Penguin Books.

103 - Miller, W. R. & Thoresen, C. E. (2003). Spirituality, religion, and health. American Psychologist, 58, pp.24-63.

104 - Millon,T.& Millon, R. (1974) Abnormal beliavior and personality. Philadelphia: Saunders Company.:

105 - Park, N., & Peterson, C. (2009). Character strengths: Research and practice. Journal of College and Character, 4, 1-10.

106 - Paul, G. L. (1969). Outcome of Systematic desensitization I:Background, Procedures and Uncontrolled Reports of individual treatment. In Cyril Franks (ed.) Behavior therapy: Appraisal and Status. New York: McGraw Hill, pp.63-104.

107 - Pavlov, I. (1906):The scientific investigation of the psychical faculties or processes in the higher animals. Science.6, 24, 613-61.

108 - Pavlov, I. (1927). Conditioned reflexs. (Trans. by G. V. Annrep.) London: Oxford Univ. Press.

109 - Peterson, C. (2000). The future of optimism. American Psychologist, 55, 1.

110 - Peterson, C., & Chang, C. (2002). Optimism and Flourishing. In C. M. Keyes & J. Haidt, (Eds.). Flourishing: Positive Psychology and Life well-Lived. American Psychological Asociation. Washington, D.C.

111 - Peterson, C. and Seligman, M. (2004). Character Strengths and Virtues: A Handbook and Classification. Oxford University Press.

112 - Rachman, S. (1967): systematic desensitization. Psychological Bulletin, 67,93-103.

113 - Robbins, R.H. (1959) The encyclopeadia of Witchcraft and de-monology. New York: Crown publishers.

114 - Rokeach, M. (1964). The Three Christs of Ypsilanti. New York, Alfred Knopf 1964.

115 - Rokeach, M. (1960)The open and closed mind. New York: Basic Books..

116 - Russell, B. (1930) The Conquest of hapiness. New York: The American Library.

117 - Salter, A. (1961) Conditioned reflex therapy. New York:Creative Age Press, New York:Capricorn Books. Putnams Sons,.

118 - Seligman, M. (2002a). Authentic Happiness: Using the New Positive Psychology to Realize Your Potential for Lasting Fulfillment. Free Press.

119 - Seligman, M. (2002b). Positive Psychology, Positive Prevention and Positive Therapy. in C.R. Snyder & S.J. Lopez (Eds.) The Handbook of Positive Psychology. (pp.3-9). New York: Oxford University Pres.

120 - Seligman, M. E. (2002c). The Past and Future of Positive Psychology. In C. M. Keyes & J. Haidt, (Eds.). Flourishing: Positive Psychology and Life well-Lived. American Psychological Asociation. Washington, D.C.

121 - Seligman, M. E. (1995). The optimistic child:: A proven program to safeguard children against depression and build lifelong reselience. New York: Harper Perenial.

122 - Seligman, M. (1990). Learned Optimism: How to change your mind and your life. Free Press.

123 - Seligman, M., & Csikszentmihalyi, M. (2000). Positive psychology A Introduction. American psychologist, 55, 5-14.

124 - Seligman, M., Peterson, C. & Park (2004).Strengths of Character and Well being. Journal of Social and Clinical Psychology, 23, 603-619.

125 - Seligman, M, Peterson. C. (2005) positive Psychology Progress Empirical Validation of Interventions, American Psychologist, 60, 5, 410—421.

126 - Snyder, C.R., and Lopez, Shane J. (2001) Handbook of Positive Psychology. Oxford University Press.

127 - Snyder, C.R., Lopez, S.J., Edwards, L.M., Podrotti, J.T., Prosser, E.C., Walton, S.L., Spalitto, S.V., & Ulven, J. (2003). Measuring and labeling the positive and the negative. In S. J. Lopez & C. R. Snyder (Eds.), Positive psychological assessment: A handbook of models and measures (pp. 21-39). Washington, DC: American Psychological Association.

128 - Skinner,B. F. (1953): Science and human behavior. New York: Macmillan.

129 - Tasto, D.L. (1974): Muscle relaxation treatment for primary therapy. Behavior Therapy, S, 666-672.

130 - Watson, & Rayner, R (1920): Conditioned emotional reactions. Journlal of Experimental psychology. Vol.3, pp. 1-14. Jones,

131 - Weiss, R.M. (1974): The relative efficasy of deep muscle relaxation in the modification of headaches. Paper presented at the 82nd Annual Convention of the American Psychological Association, New Orleans.

132 - Willoubghy, R.R. (1934). Norms for the Clark-Thurstone Inventory, Journad of Social Psychology, S; 91.

133 - Wolpe, J. (1958): Psychotherapy by reciprocal inhibition. Stanford University Press.

134 - Wolpe. J. & Lazarus. (1966) Behavior therapy techniques. London: Pergamon Press. pp. 48-50.

135 - Wolp, J., Salter, A. & Reyna, A. (1964): (eds.) Conditioning therapies. New York: Holt, Rinehart & Winston.

إصدارات أخرى للمؤلف

- **الاكتئاب والكدر النفسى: دليل علاجى معرفى متعدد المحاور.** القاهرة: مكتبة الأنجلو.
- **إنه من حقك يا أخى: دليل المعالج السلوكى المعرفى لتنمية مهارات الحياة الاجتماعية وتوكيد الذات.** القاهرة: مكتبة الأنجلو.
- **عين العقل: دليل المعالج المعرفى لتنمية التفكير العقلانى - الإيجابى.** القاهرة: مكتبة الأنجلو.
- **علم النفس الإكلينيكى** (بالاشتراك مع الدكتور عبد الله عسكر) القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية (الطبعة السادسة المحدثة).
- **السعادة الشخصية فى عالم مشحون بالضغوط والتوتر النفسى.** كتاب الرياض ـ دار اليمامة ـ السعودية (العدد ١٣٢) الطبعة الثانية عن: القاهرة: مكتبة دار العلوم للطباعة والنشر.
- **الحكمة الضائعة: الإبداع والاضطراب النفسى والمجتمع.** عالم المعرفة، المجلس الوطنى للثقافة والفنون والآداب ـ الكويت (كتاب عالم المعرفة، العدد ٢٨٠).
- **الاكتئاب اضطراب العصر الحديث: فهمه وأساليب علاجه.** الكويت: المجلس الوطنى للثقافة والفنون والآداب (كتاب عالم المعرفة، العدد ٢٣٩).
- **علم النفس: أسسه ومعالم دراساته.** القاهرة: مكتبة الأنجلو، (طبعة رابعة محدثة).

- **العلاج النفسى السلوكى المعرفى الحديث: أساليبه وميادين تطبيقه.** الطبعة الخامسة (منقحة ومحدثة)، القاهرة: دار الفجر.
- **العلاج السلوكى للطفل: معالمه ونماذج من حالاته** (بالاشتراك مع عبد العزيز الدخيل ورضوى إبراهيم) الكويت: المجلس الوطنى للثقافة والفنون والآداب (كتاب عالم المعرفة، العدد ١٨٠).
- **القلق: قيود من الوهم.** القاهرة: كتاب الهلال.
- **الإبداع: قضاياه وتطبيقاته.** القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية (الطبعة الثانية المحدثة).
- **القلق قيود من الوهم:** القاهرة: مكتبة الأنجلو (الطبعة الثانية المحدثة).
- **الضغوط النفسية: نافذة على الصحة والمرض.** الدمام: جامعة الملك فيصل.
- **العلاج السلوكى للطفل والمراهق** (بالاشتراك مع عبد العزيز الدخيل ورضوى إبراهيم)، الرياض: دار العلوم والنشر والتوزيع، الطبعة الثانية المحدثة.
- **علم النفس الإكلينيكى: مناهج التشخيص والعلاج النفسى.** الرياض: دار المريخ للطبع والنشر.
- **الإنسان وعلم النفس.** الكويت: المجلس الوطنى للثقافة والفنون والآداب. (كتاب عالم المعرفة، العدد ٨٦).
- **العلاج النفسى الحديث: قوة للإنسان.** الكويت: المجلس الوطنى للثقافة والفنون والآداب. (كتاب عالم المعرفة، العدد ٢٧).
- **آفاق جديدة فى دراسة الإبداع.** الكويت: وكالة المطبوعات.
- **أصالة التفكير: دراسات وبحوث نفسية،** القاهرة: الأنجلو المصرية.
- **البحث عن القوة: الاتجاه التسلطى فى الشخصية والمجتمع.** القاهرة: المركز العربى للنشر والترجمة والتوزيع.

- **السلوك الإنسانى بنظرة علمية** (بالاشتراك مع سلوى الملا ومحمد فرغلى فراج). القاهرة: دار الكتب الجامعية.
- علم النفس ومشكلات الحياة الاجتماعية (ترجمة من الإنجليزية إلى العربية عن ميشيل أرجايل). القاهرة: مكتبة مدبولى.
- **أصالة التفكير: دراسات وبحوث نفسية**. القاهرة: الأنجلو المصرية.

ثانياً: كتب بالإنجليزية:

Foundations of human behavior in health & illness (in cooperation with Radwa M. Ibrahim. New York: Carlton Science Series: A Carlton Heartstone Book, Carlton Press.

Cultural considerations in mental health practices: An Arab experience (in cooperation with Radwa. M. Ibrahim) in **Advances in Medical Psychotherapy.**

الفهرس

الموضوع	الصفحة
مقدمة الطبعة الخامسة	٥
مقدمة الطبعة الثالثة والرابعة	٨
مقدمة الطبعة الأولى	٩
الباب الأول: نظرة عامة فى الاضطرابات النفسية وعلاجها	١٥
الفصل الأول: نحن والاضطرابات النفسية والعقلية	١٧
الفصل الثانى: شىء عن العلاج النفسى عبر العصور	٤٩
الفصل الثالث: لمحة على أساليب العلاج النفسى الحديثة	٦٧
الباب الثانى: نماذج من أساليب العلاج النفسى السلوكى المعرفى الحديث	٨٩
الفصل الرابع: علاج الاضطرابات الانفعالية بطريقة متدرجة	٩١
الفصل الخامس: أسلوب الاسترخاء	١١٩
الفصل السادس: أسلوب تأكيد الذات والحرية والانفعالية والتدريب على اكتساب المهارات الاجتماعية	١٤١
الفصل السابع: قوة التدعيم	١٧٥
الفصل الثامن: العقلانية أو تعديل أخطاء التفكير	٢٠٩

الفصل التاسع: علاج دون معالج: الأساليب الحديثة فى العلاج الذاتى ٢٦١

الباب الثالث: العلاج السلوكى لبعض الاضطرابات النفسية والعقلية ٢٨٧

الفصل العاشر: العلاج السلوكى ومشكلات الطفل ٢٨٩

الفصل الحادى عشر: الاضطرابات العصابيه والقلق ٣٠٩

الفصل الثانى عشر: العلاجات السلوكية والاضطرابات العقلية: الفصام بخاصة ٣٣٩

الفصل الثالث عشر: البرامج السلوكية الشاملة والعلاج الأسرى ودورهما فى علاج اضطرابات السلوك الفصامى ٣٦٧

الفصل الرابع عشر: العلاج النفسى الإيجابى ٣٧٩

مكتبة المعرض الدائم

١١٩٤ كورنيش النيل - رملة بولاق

مبنى الهيئة المصرية العامة للكتاب

القاهرة - ت : ٢٥٧٧٥٣٦٧

مكتبة مركز الكتاب الدولى

٣٠ ش ٢٦ يوليو - القاهرة

ت : ٢٥٧٨٧٥٤٨

مكتبة ٢٦ يوليو

١٩ ش ٢٦ يوليو - القاهرة

ت : ٢٥٧٨٨٤٣١

مكتبة شريف

٣٦ ش شريف - القاهرة

ت : ٢٣٩٣٩٦١٢

مكتبة عرابى

٥ ميدان عرابى - التوفيقية - القاهرة

ت : ٢٥٧٤٠٠٧٥

مكتبة الحسين

مدخل ٢ الباب الأخضر - الحسين - القاهرة

ت : ٢٥٩١٣٤٤٧

مكتبة ساقية

عبد المنعم الصاوى

الزمالك - نهاية ش ٢٦ يوليو

من أبو الفدا - القاهرة

مكتبة المبتديان

١٣ش المبتديان - السيدة زينب

أمام دار الهلال - القاهرة

مكتبة ١٥ مايو

مدينة ١٥ مايو - حلوان خلف مبنى الجهاز

ت : ٢٥٥٠٦٨٨٨

مكتبة الجيزة

١ ش مراد - ميدان الجيزة - الجيزة

ت : ٣٥٧٢١٣١١

مكتبة جامعة القاهرة

بجوار كلية الإعلام - بالحرم الجامعى - الجيزة

مكتبة رادوبيس

ش الهرم - محطة المساحة - الجيزة

مبنى سينما رادوبيس

مكتبة أكاديمية الفنون

ش جمال الدين الأفغانى من شارع

محطة المساحة - الهرم

مبنى أكاديمية الفنون - الجيزة

ت : ٣٥٨٥٠٢٩١

مكتبة الإسكندرية

٤٩ ش سعد زغلول - الإسكندرية

ت : ٠٣/٤٨٦٢٩٢٥

مكتبة الإسماعيلية

التمليك - المرحلة الخامسة - عمارة ٦

مدخل (أ) - الإسماعيلية

ت : ٠٦٤/٣٢١٤٠٧٨

مكتبة جامعة قناة السويس

مبنى الملحق الإدارى - بكلية الزراعة -

الجامعة الجديدة - الإسماعيلية

ت : ٠٦٤/٣٣٨٢٠٧٨

مكتبة بورفؤاد

بجوار مدخل الجامعة

ناصية ش ١١، ١٤ - بورسعيد

مكتبة أسوان

السوق السياحى - أسوان

ت : ٠٩٧/٢٣٠٢٩٣٠

مكتبة أسيوط

٦٠ ش الجمهورية - أسيوط

ت : ٠٨٨/٢٣٢٢٠٣٢

مكتبة المنيا

١٦ ش بن خصيب - المنيا

ت : ٠٨٦/٢٣٦٤٤٥٤

مكتبة المنيا (فرع الجامعة)

مبنى كلية الآداب -جامعة المنيا - المنيا

مكتبة طنطا

ميدان الساعة - عمارة سينما أمير - طنطا

ت : ٠٤٠/٣٣٣٢٥٩٤

مكتبة المحلة الكبرى

ميدان محطة السكة الحديد

عمارة الضرائب سابقاً

مكتبة دمنهور

ش عبدالسلام الشاذلى - دمنهور

مكتبة المنصورة

٥ ش الثورة - المنصورة

ت : ٠٥٠/٢٢٤٦٧١٩

مكتبة منوف

مبنى كلية الهندسة الإلكترونية

جامعة منوف

مكتبـات ووكـلاء
البيع بالدول العربية

لبنان

١ - مكتبة الهيئة المصرية العامة للكتاب
بيـروت - الفـرع الجـديد - رأس بيـروت
الحمـرا - شارع الصيدنى - سنتر ماريبا
تلفاكس: 96101352596

سوريا

دار المدى للثقافة والنشر والتوزيع -
سوريا - دمشق - شارع كرجيه حداد -
المتفرع من شارع ٢٩ أيار - ص. ب: ٧٣٦٦ -
الجمهورية العربية السورية

تونس

دار المعارف
طريق تونس كلم 131 المنطقـة
الصناعية بأكودة
ص. ب: 215 - 4000 سوسة - تونس .

المملكة العربية السعودية

١ - مؤسسـة العبيكـان - الرياض -
تقـاطع طريق الملك فـهـد مع طريق
العـروبة (ص. ب: ٦٢٨٠٧) رمـز ١١٥٩٥ -
هاتف : ٤٦٥٤٤٢٤ - ٤١٦٠٠١٨

٢ - شركة كنوز المعرفة للمطبوعات
والأدوات الكتابية - جدة - الشرفية -
شـارع الستين - ص. ب: ٣٠٧٤٦ جـدة :
٢١٤٨٧ - هـاتف : المكتب: ٦٥٧٠٧٢٢ -
٦٥١٠٤٢١ - ٦٥١٤٢٢٢ - ٦٥٧٠٦٢٨.

٣ - مكتبة الرشد للنشر والتوزيع -
الرياض - المملكة العربية السعودية -
ص. ب: ١٧٥٢٢ - الريـاض: ١١٤٩٤ -
هاتف : ٤٥٩٣٤٥١.

٤ - مؤسسة عبدالرحمن السديرى الخيرية -
الجوف - المملكة العربية السعودية - دار
الجوف للعلوم ص. ب: ٤٥٨ الجوف - هاتف:
٠٠٩٦٦٤٦٢٤٣٩٦٠ فاكس: ٠٠٩٦٦٤٦٢٤٧٧٨

الأردن - عمان

١ - دار الشروق للنشر والتوزيع
هاتف : ٤٦١٨١٩٠ - ٤٦١٨١٩١
فاكس: ٠٠٩٦٢٦٤٦١٠٠٦٥

٢ - دار اليازورى العلمية للنشر والتوزيع
عمان - وسط البلد - شارع الملك حسين
هاتف : ٩٦٢٤٦٢٦٦٢٦ +
تلى فاكس : ٩٦٢٦٤٦١٤١٨٥ +
ص. ب: ٥٢٠٦٤٦ - عمان: ١١١٥٢ الأردن.

الجزائر

١ - داركتاب الغد للنشر والطباعة والتوزيع
حى 72 مسكن م. ب. أ. ع. عمـارة هـ
محل ٠٢ - جيجل - هاتف :
034477122 - فاكس : 034495967
موبايل : 0661448800

مطابع الهيئة المصرية العامة للكتاب
ص. ب : ٢٣٥ الرقم البريدى : ١١٧٩٤ رمسيس
www.gebo.gov.eg
email:info@gebo.gov.eg